



YP-CORE

Hjälp med ifyllning?
(om ja, kryssa för)

Behandlare

Klinic ID:

Ålder:

K

M

Annat

Klient ID:

Aktuell fas

S Screening
R Remiss
A Bedömning
F Första terapisesionen
P Före terapi (ospecificerat)
D Pågående terapi
L Sista terapisesionen
X Uppföljning 1
Y Uppföljning 2

Vårdperiod

Terapeut ID:

Datum formuläret fylldes i:

Vårdtillfälle

VIKTIGT - LÄS DETTA FÖRST

De här frågorna handlar om hur du har mått – UNDER DEN SENASTE VECKAN. Var vänlig och läs varje fråga noggrant. Tänk efter hur ofta du har känt dig så under den senaste veckan och kryssa för det alternativ du tycker passar bäst.

Under senaste veckan...

	Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Nästan hela tiden
1 Jag har känt mig spänd eller nervös	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Jag har inte haft lust att prata med någon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 Jag har känt att jag klarar mig fastän saker kan gå fel	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Jag har tänkt på att skada mig själv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Jag har haft någon jag kan vända mig till för hjälp	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6 Mina tankar och känslor har oroat mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Mina problem har känts för svåra för mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Det har varit svårt att somna eller fortsätta sova genom hela natten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Jag har känt mig olycklig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Jag har gjort alla saker jag velat göra	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

TACK FÖR DINA SVAR!