



WYPEŁNIA KLINICYSTA

Identyfikator pacjenta/ki:

Data wypełnienia formularza:

 D D M M R R R R

Identyfikator psychoterapeuty:

Identyfikator placówki:

Wiek

Mężczyzna
 Kobieta

Etap psychoterapii

S Badanie przesiewowe
 R Skierowanie
 A Ocena stanu
 F Pierwsza sesja psychoterapii
 P Przed psychoterapią (czasnieokreślony)
 D W trakcie psychoterapii
 L Ostatnia sesja psychoterapii
 X Badanie kontrolne nr 1
 Y Badanie kontrolne nr 2

Etap
 Cykl leczenia

Ważne - prosimy przeczytać przed wypełnieniem kwestionariusza.
Ten kwestionariusz zawiera 10 stwierdzenia dotyczące Pana/i samopoczucia W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI. Prosimy przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć w odpowiedniej kratce, jak często czuł/a się Pani w ten sposób

Hvernig hefur þér liðið síðustu vikuna?

	Alls ekki	Stökku sjánum	Stundum	oft	Næstum alltaf eða alltaf
1 Bytę/am napięty/a, niespokojny/a i nerwowy/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Wiedziałem/am, że w razie czego mam do kogo się zwrócić o pomoc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Czuję/am, że dam sobie radę jeśli coś pójdzie nie tak.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Nie miałę/am siły z nikim rozmawiać.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Czuję/am panikę lub przerażenie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Planowałem/am jak ze sobą skończyć.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Miałę/am trudności z zaśnięciem lub przespaniem nocy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Czuję/am rozpacz lub beznadzieję.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Czuję/am się nieszczęśliwy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Dokuczały mi natrętnie obrazy lub wspomnienia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ŁĄCZNIE (WYNIK KLINICZNY*)

***Szybka ocena, jeśli wszystkie pozycje zostały ukończone: dodaj wyniki pozycji, aby uzyskać ocenę kliniczną. Nie zaleca się obliczania wyniku, jeśli pominięto więcej niż jedną pozycję, ale jeśli ukończono dziewięć: dodaj wyniki pozycji, podziel przez dziewięć, aby uzyskać średni**

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA