



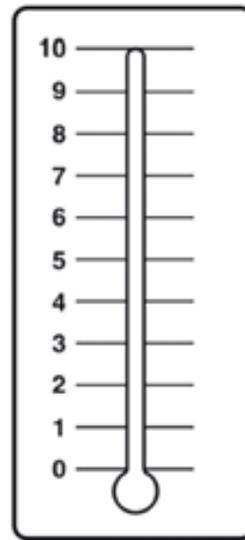
Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anleitung

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0 - 10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Extrem belastet

Gar nicht belastet

ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA NEIN

JA NEIN

Praktische Probleme

- JA NEIN Wohnsituation
- JA NEIN Versicherung
- JA NEIN Arbeit/Schule
- JA NEIN Beförderung (Transport)
- JA NEIN Kinderbetreuung
- JA NEIN Finanzielle Sorgen
- JA NEIN Betreuung/Pflege Angehöriger

Familiäre Probleme

- JA NEIN Im Umgang mit dem Partner
- JA NEIN Im Umgang mit den Kindern

Emotionale Probleme

- JA NEIN Sorgen
- JA NEIN Ängste
- JA NEIN Traurigkeit
- JA NEIN Depression
- JA NEIN Nervosität
- JA NEIN Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

Spirituelle/religiöse Belange

- JA NEIN In Bezug auf Gott
- JA NEIN Verlust des Glaubens

Körperliche Probleme

- JA NEIN Schmerzen
- JA NEIN Übelkeit
- JA NEIN Erschöpfung
- JA NEIN Schlaf
- JA NEIN Bewegung/Mobilität
- JA NEIN Waschen, Ankleiden
- JA NEIN Äußeres Erscheinungsbild
- JA NEIN Atmung
- JA NEIN Entzündungen im Mundbereich
- JA NEIN Essen/Ernährung
- JA NEIN Verdauungsstörungen
- JA NEIN Verstopfung
- JA NEIN Durchfall
- JA NEIN Veränderungen beim Wasser lassen
- JA NEIN Fieber
- JA NEIN Trockene/juckende Haut
- JA NEIN Trockene/verstopfte Nase
- JA NEIN Kribbeln in Händen/Füßen
- JA NEIN Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
- JA NEIN Hitzewallungen/Schweißausbrüche
- JA NEIN Schwindel
- JA NEIN Gedächtnis/Konzentration
- JA NEIN Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____



B01AR0077B