

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.



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 | | | Körperliche Probleme |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wohnsituation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schmerzen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Versicherung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Übelkeit |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Arbeit/Schule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erschöpfung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Beförderung (Transport) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaf |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kinderbetreuung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bewegung/Mobilität |
| | | Familiäre Probleme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Waschen, Ankleiden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Im Umgang mit dem Partner | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Äußeres Erscheinungsbild |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Im Umgang mit den Kindern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Atmung |
| | | Emotionale Probleme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entzündungen im Mundbereich |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sorgen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Essen/Ernährung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ängste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Verdauungsstörungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Traurigkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Verstopfung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Depression | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchfall |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nervosität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Veränderungen beim Wasser lassen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fieber |
| | | Spirituelle/religiöse Belange | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trockene/juckende Haut |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | In Bezug auf Gott | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trockene/verstopfte Nase |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Verlust des Glaubens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kribbeln in Händen/Füßen |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Angeschwollen/aufgedunsen fühlen |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gedächtnis/Konzentration |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sexuelle Probleme |

Sonstige Probleme: _____