



CORE - GP

BEHANDLARE

Klient ID:

Ålder

M

K

Annat

Datum formuläret fylldes i:

Å Å Å Å M M D D

VIKTIGT – LÄS DETTA FÖRST

Detta formulär innehåller 14 påståenden om hur Du har haft det DEN SENASTE VECKAN. Läs varje påstående och tänk efter hur ofta det har varit på detta sätt under den senaste veckan. Kryssa i den ruta som stämmer bäst för Dig.

Under den senaste veckan

	Aldrig	Sällan	Då och då	Oftra	Nästan hela tiden
1 Jag har känt mig spänd, ängslig 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 känt att jag haft någon att vända mig till när det behövts	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Jag har känt mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Jag har känt att jag kunnat klara av situationer där något gått snett	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Jag har besvärats av värk, smärta eller andra kroppsliga problem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Jag har varit nöjd med de saker som jag har gjort	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 Jag har haft svårigheter att somna in eller att sova en hel natt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Jag har känt värme eller ömhet för någon	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Jag har klarat av det mesta som jag behövt göra	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Jag har känt mig kritiserad av andra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 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
12 Jag har varit lättretlig tillsammans med andra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Jag har känt mig optimistisk inför min egen framtid	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Jag har lyckats med det 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 ATT DU TOG DIG TID ATT BESVARA FORMULÄRET

Summa:

Genomsnittlig poäng

(Procedur: Lägg ihop item-poängen och dividera sedan med antalet besvarade frågor för att få fram medelpoängen. Om mer än en fråga utelämnats, behandla total- och medelpoäng som saknade)