



### TÄIDAB TERAPEUT

Asutuse kood:

Vanus:

N

M

Kliendi kood:

Terapeudi kood:

Küsimustiku täitmise kuupäev:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P	P	K	K	A	A	A	A

**Teraapia etapp:**

- S Sõelumine
- R Suunamine
- A Hindamine
- P Enne teraapiat
- F Esimene seanss
- D Teraapia ajal
- L Viimane seanss
- X 1. järeluurung
- Y 2. järeluurung

Etapp

Episood

Käesolevas küsimustikus on 10 väidet selle kohta, kuidas sa oled end  
**VIIMASE NÄDALA JOOKSUL** tundnud.

Palun loe iga väide läbi ja mõtle, kui sageli oled viimasel nädalal end selliselt tundnud.  
Tee märge sobivasse kastikesse.

## Viimase nädala jooksul...

	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Enamasti või kogu aeg
1 Tundsin pinget, ärevust või närvilisust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Tundsin, et mul on keegi, kellelt vajadusel abi paluda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Tundsin, et saan hakkama ka siis, kui asjad ebaõnnestuvad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Inimestega suhtlemine tundus mulle liiga suure pingutusena	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Tundsin paanikat või suurt hirmu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Tegin plaane endalt elu võtmiseks	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Mul oli raske magama jääda või ärgates ei suutnud enam uinuda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Tundsin meeleheidet või lootusetust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Olin õnnetu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Mind vaevasid soovimatud kujutlused või mälestused	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Summa (Kliiniline Skoor\*)**

\* Protseduur: Liida väidete punktid, summa jaga täidetud väidete arvuga ja korruta 10ga, tulemuseks on Kliiniline Skoor. Kui hinnang on antud vähem kui üheksale väitele, ole järelduste tegemisel ettevaatlik.

**TÄNAME, ET LEIDSID AEGA KÜSIMUSTIKU TÄITMISEKS!**