



CORE-OM

TIL ADMINISTRATIV BRUG

Klient ID

Alder

Mand

Dato for indlevering af skema

Kvinde

Terapeut ID

Trin gennemført

- S Screening
- H Henvising
- V Vurdering
- F Første terapisesion
- P Præterapi (uspecificeret)
- U Under terapiforløbet
- A Afsluttende terapisesion
- X Opfølgning 1
- Y Opfølgning 2

Trin gennemført

Service ID

Behandlingsforløb

VIGTIGT – LÆS DETTE FØRST

Dette skema rummer 34 udsagn om, hvordan du har haft det I LØBET AF DEN SIDSTE UGE. Læs hvert udsagn og tænk over, hvor tit du har haft det sådan i den forløbne uge. Sæt ét kryds for hver af de 34 udsagn i rubrikken ud for det svar, der kommer tættest på, hvordan du har haft det.

I LØBET AF DEN SIDSTE UGE

	Slet ikke	Sjældent	Nogle gange	Oft	Næsten hele tiden	TIL ADMINISTRATIV BRUG
1 Har jeg følt mig meget alene og isoleret	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Har jeg følt mig anspændt, urolig eller nervøs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 Har jeg følt, at jeg havde nogen til at støtte mig, når jeg havde brug for det	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Har jeg haft det fint med mig selv	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Har jeg følt mig helt energi- og humørforladt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 Har jeg været fysisk voldelig overfor andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Har jeg følt mig i stand til at klare det, når noget gik galt	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Har jeg haft ondt, haft smerter eller andre fysiske problemer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Har jeg tænkt på at skade mig selv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Har det været for meget for mig at tale med andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 Har jeg været for anspændt og nervøs til at gøre vigtige ting	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Har jeg været tilfreds med de ting, jeg har gjort	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Har jeg været generet af uønskede tanker og følelser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Har jeg haft lyst til at græde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

VEND SIDEN

I LØBET AF DEN SIDSTE UGE

	Slet ikke	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Næsten hele tiden	TL ADMINISTRATIV BRUGS
15 Har jeg følt mig panisk eller rædselsslagen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Har jeg planlagt at tage mit eget liv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Har jeg følt mig overvældet af mine problemer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Har jeg haft svært ved at falde i søvn eller sove igennem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Har jeg haft positive eller kærlige følelser for nogen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Har jeg været ude af stand til at lægge mine problemer fra mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Har jeg været i stand til at klare de fleste af de ting, jeg skulle	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Har jeg truet eller skræmt en anden person	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Har jeg følt mig fortvivlet eller håbløs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Har jeg tænkt, at det ville være bedre, hvis jeg var død	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Har jeg følt mig kritiseret af andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Har jeg følt, at jeg ikke har nogen venner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Har jeg følt mig ulykkelig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Har jeg været plaget af uønskede tanker og erindringer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Har jeg været irriteret, når jeg var sammen med andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Har jeg tænkt, at jeg selv er skyld i mine problemer og vanskeligheder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Har jeg været optimistisk med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Har jeg opnået de ting, jeg gerne ville	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Har jeg følt, at andre har ydmyget mig eller gjort mig skamfuld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Har jeg skadet mig selv fysisk eller udsat mit helbred for fare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

TAK FORDI DU TOG DIG TID TIL AT BESVARE DETTE SPØRGESKEMA

Samlet score



Middel score

(Samlet score for hver dimension divideret med antallet af besvarede spørgsmål i dimensionen)



(W)

(P)

(F)

(R)

alle dele

(Alle minus R)