



CORE-SFB

TIL ADMINISTRATIV BRUG

Klient ID

Service ID

Terapeut ID

Dato for indlevering af skema

D D M M A A A A

Fase
 Si 1. session
 W Under terapi
 L Sidste terapisesession

sessionsnummer (første terapisesession = 001)

VIGTIGT – LÆS DETTE FØRST

Dette skema rummer 18 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	ofte	Næsten hele tiden	TIL ADMINISTRATIV BRUG
1 ...habe ich mich schrecklich allein und isoliert gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 ...hatte ich Schwierigkeiten, einzuschlafen oder durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 ...war ich zuversichtlich im Hinblick auf meine Zukunft.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
4 ...habe ich mich völlig energielos gefühlt und konnte mich für nichts begeistern.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
5 ...habe ich geplant, mein Leben zu beenden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
6 ...hatte ich Beschwerden, Schmerzen oder andere körperliche Probleme.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
7 ...war ich zufrieden mit den Dingen, die ich getan habe.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 ...war es mir zu viel, mit anderen zu reden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
9 ...war ich zufrieden mit mir.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
10 ...haben mich Anspannung und Angst davon abgehalten, wichtige Dinge zu tun.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
11 ...war ich durch unerwünschte Gedanken und Gefühle beunruhigt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 ...habe ich mich von meinen Problemen überwältigt gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
13 ...hatte ich das Gefühl, dass jemand da ist, an den ich mich wenden kann, wenn ich Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
14 ...war mir zum Weinen zumute.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
15 ...habe ich jemanden bedroht oder eingeschüchtert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
16 ...war ich in der Lage, die meisten Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
17 ...dachte ich, dass ich keine Freunde habe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
18 ...habe ich gedacht, dass ich an meinen Problemen und Schwierigkeiten selbst schuld bin.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P

TAK FORDI DU TOG DIG TID TIL AT BESVARE DETTE SPØRGESKEMA

Samlet score

+ + + = →
 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 (W) (P) (F) (R) alle dele Alle minus R

Middel score

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