



WYPEŁNIA KLINICYSTA

Identyfikator pacjentki:

Wiek

Data wypełnienia formularza:

D D M M R R R R

Mężczyzna

Kobieta

Ważne - prosimy przeczytać przed wypełnieniem kwestionariusza.

Ten kwestionariusz zawiera 14 stwierdzenia dotyczące Pani samopoczucia W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI. Prosimy przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć w odpowiedniej kratce, jak często czuła się Pani w ten sposób W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI.

W ciągu ostatnich 7-dni...

	ani razu	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często lub cały czas
1 Byłe/am napięty/a, niespokojny/a i nerwowy/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Wiedziały/am, że w razie czego mam do kogo się zwrócić o pomoc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Czuły/am, że daję sobie radę.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Czuły/am, że dam sobie radę jeśli coś pójdzie nie tak.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Dokuczały mi bóle lub inne dolegliwości fizyczne.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Byłe/am zadowolony/a z tego, co udało mi się zrobić.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 Miały/am trudności z zaśnięciem lub przespaniem nocy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Czuły/am do kogoś sympatię lub życzliwość.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Udało mi się zrobić większość z tego, co miałe/am do zrobienia.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Czuły/m się krytykowany/a przez innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Czuły/am się nieszczęśliwy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 Drażniła mnie obecność innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Patrzyły/am z optymizmem w przyszłość.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Udało mi się osiągnąć to, co chciały/am.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

DZIĘKUJĘ ZA POŚWIĘCONY CZAS NA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA

Całkowity wynik:
(Summe aller Items):

Średnia ocena:

(Całkowity wynik podzielony przez liczbę ukończonych elementów, pod warunkiem, że ukończono 13 lub wszystkie 14 elementów. Nie obliczaj wyników, jeśli pominięto więcej niż jeden element.)