



CORE-GP

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 Byłem napięty, niespokojny i nerwowy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Wiedziałem, 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 Czułem, 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 Czułem, 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 Byłem zadowolony 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 Miałem 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 Czułem 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 miałem do zrobienia.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Czułem się krytykowany przez innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Czułem 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 Patrzyłem 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 chciałem.	<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.)