



Byla poskytnuta pomoc při vyplnění?  
(Pokud ano, zaškrtněte)

**POUZE PRO ADMINISTRATIVNÍ POUŽITÍ**

**Pracoviště**

**Klient/ka**

**Terapeut/ka**

**Datum vyplnění**  
       
D D M M R R R R

**Věk**

**Muž**   
**Žena**   
**Další**

**Vyplněno ve fázi**

P Před terapií  Fáze  
F Prvního terapeutického sezení  
D V průběhu terapie  
L Posledního terapeutického sezení  
X Kontrolního vyšetření  Epizoda  
po  měsících

**Přečtěte si prosím dříve, než budete pokračovat**  
Tento dotazník obsahuje 10 vět o tom, jak jste se cítili **během posledního týdne**.  
Přečtěte si prosím každou větu a popřemýšlejte, jak často jste se tak během posledního  
týdne cítili.  
Poté zaškrtněte políčko, které tomu nejvíce odpovídá.

## Během uplynulých sedmi dní

	Vůbec ne	Pouze zřídka	Někdy	Často	Většinou nebo stále ano
1. Cítil/a jsem se podrážděný/á nebo nervózní.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Neměl/a jsem chuť s nikým mluvit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Kdyby se něco pokazilo, dokázal/a bych se s tím vypořádat.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Napadlo mě, že bych si chtěl/a ublížit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Měl/a jsem komu říct o pomoc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Trápily mě moje myšlenky a pocity.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Připadlo mi, že toho na mě bylo moc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Nemohl/a jsem usnout nebo spát.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Byl/a jsem nešťastný/á.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Udělal/a jsem všechno, co jsem chtěl/a.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ TOHOTO DOTAZNÍKU.**