



CORE-OM

PUSTITE PRAZNO!

Šifra storitve:

Starost:

Moški

Ženska

Šifra klienta:

Stopnja terapevtske obravnave

S Presejanje

R Napotitev

A Diagnostika

F Prva terapevtska obravnava

P Predterapija (nedoločeno)

D Med terapijo

L Zadnja terapevtska obravnava

X Kontrolni pregled 1

Y Kontrolni pregled 2

Stopnja

Dogodek

Šifra terapevta:

Datum izpolnjevanja vprašalnika:

D

D

M

M

L

L

L

L

POMEMBNO – PROSIMO, DA TO PREBERETE NAJPREJ:

Pred vami je vprašalnik s 34-imi trditvami o vašem počutju v PRETEKLEM TEDNU. Preberite vsako trditev in obkrožite tisto številko, ki najbolje opisuje, kako pogosto se je v preteklem tednu pri vas pojavilo določeno počutje.

V zadnjem tednu ...

	Sploh ne	Samo občasno	Včasih	Pogosto	Večino ali ves čas	PUSTITE PRAZNO!
1 Počutil(-a) sem se grozno sam(-a) in osamljen(-a).	<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 Počutil(-a) sem se napet(-a) ali nemiren(-a).	<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 Čutil(-a) sem, da imam nekoga, na kogar se lahko obrnem, ko potrebujem oporo.	<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 Bil(-a) sem zadovoljen(-a) sam(-a) s sabo.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> B
5 Občutil(-a) sem popolno pomanjkanje energije in navdušenja.	<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 Do drugih sem bil(-a) fizično nasilen(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> T
7 Čutil(-a) sem, da obvladam stvari, ko gredo narobe.	<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 Bremenile so me bolečine ali druge telesne težave.	<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 Pomislil(-a) sem, da bi si kaj naredil(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> T
10 Čutil(-a) sem, da se ne zmorem pogovarjati z drugimi.	<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 Nepetost in tesnoba sta me ovirali pri opravljanju pomembnih stvari.	<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 Zadovoljen(-a) sem bil(-a) s stvarmi, ki sem jih naredil(-a).	<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 Bremenile so me nezaželjene misli in občutki.	<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 Šlo mi je na jok.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> B

Prosim, obrnite.

V zadnjem tednu ...

	Sploh ne	Samo občasno včasih	Pogosto	Večino ali vse čas	PUSTITI PRAZNO!	
15 Čutil(-a) sem paniko ali grozo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
16 Naredil(-a) sem načrt, kako bi si vzel(-a) življenje.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	T
17 Počutil(-a) sem se, kot da se utapljam v svojih težavah.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	B
18 Težko sem zaspal(-a) ali pa sem se ponoči zbuja(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
19 Do nekoga sem čutil(-a) naklonjenost ali toplino.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
20 Svojim težavam nisem mogel(-a) ubežati.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
21 Zmožen(-a) sem bil(-a) opraviti večino stvari, ki sem jih moral(-a).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
22 Grozil(-a) sem drugi osebi ali jo ustrahoval(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	T
23 Bil(-a) sem obupan(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
24 Pomislil(-a) sem, da bi bilo bolje, če bi bil(-a) mrtev(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	T
25 Imel(-a) sem občutek, da me drugi kritizirajo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
26 Zdelo se mi je, da nimam prijateljev.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
27 Bil(-a) sem nesrečen(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
28 Vznemirjale so me nezaželene predstave ali spomini.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
29 V prisotnosti drugih ljudi sem bil(-a) razdražljiv(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
30 Za svoje težave sem krivil(-a) sebe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
31 Bil(-a) sem optimističen(-a) glede svoje prihodnosti.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	B
32 Dosegel(-a) sem stvari, ki sem jih želel(-a).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
33 Počutila(-a) sem se ponižan(-a) ali osramočen(-a) s strani drugih.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
34 Telesno sem se poškodoval(-a) ali resno ogrožal(-a) svoje zdravje.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	T

HVALA, DA STE SI VZELI ČAS IN IZPOLNILI VPRAŠALNIK!

Skupna rezultat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Povprečna rezultat

Skupna vrednost za vsako dimenzijo deljena s številom označenih trditev pri tej dimenziji

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

B

P

F

T

vse postavke

vse postavke minus T