



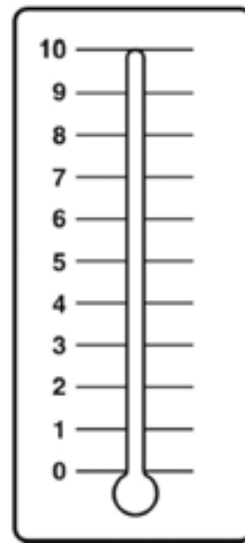
Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anleitung**

**ERSTENS:** Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0 - 10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Extrem belastet

Gar nicht belastet

**ZWEITENS:** Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA NEIN

- Praktische Probleme**
- JA  NEIN Wohnsituation
  - JA  NEIN Versicherung
  - JA  NEIN Arbeit/Schule
  - JA  NEIN Beförderung (Transport)
  - JA  NEIN Kinderbetreuung
  - JA  NEIN Finanzielle Sorgen
  - JA  NEIN Betreuung/Pflege Angehöriger

- Familiäre Probleme**
- JA  NEIN Im Umgang mit dem Partner
  - JA  NEIN Im Umgang mit den Kindern

- Emotionale Probleme**
- JA  NEIN Sorgen
  - JA  NEIN Ängste
  - JA  NEIN Traurigkeit
  - JA  NEIN Depression
  - JA  NEIN Nervosität
  - JA  NEIN Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

- Spirituelle/religiöse Belange**
- JA  NEIN In Bezug auf Gott
  - JA  NEIN Verlust des Glaubens

JA NEIN

- Körperliche Probleme**
- JA  NEIN Schmerzen
  - JA  NEIN Übelkeit
  - JA  NEIN Erschöpfung
  - JA  NEIN Schlaf
  - JA  NEIN Bewegung/Mobilität
  - JA  NEIN Waschen, Ankleiden
  - JA  NEIN Äußeres Erscheinungsbild
  - JA  NEIN Atmung
  - JA  NEIN Entzündungen im Mundbereich
  - JA  NEIN Essen/Ernährung
  - JA  NEIN Verdauungsstörungen
  - JA  NEIN Verstopfung
  - JA  NEIN Durchfall
  - JA  NEIN Veränderungen beim Wasser lassen
  - JA  NEIN Fieber
  - JA  NEIN Trockene/juckende Haut
  - JA  NEIN Trockene/verstopfte Nase
  - JA  NEIN Kribbeln in Händen/Füßen
  - JA  NEIN Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
  - JA  NEIN Hitzewallungen/Schweißausbrüche
  - JA  NEIN Schwindel
  - JA  NEIN Gedächtnis/Konzentration
  - JA  NEIN Sexuelle Probleme

**Sonstige Probleme:** \_\_\_\_\_



\*B01AR0077B\*