Datum_____ Code _____m O w O Alter_____

STRESS (Short REgensburg -Stress-Scale) **Kurzform des PSQ: percived Stress Questionaire**	**nein, kaum**	**etwas**	**ziem-lich**	**sehr**
Sie fühlen sich ausgeruht.	4	3	2	1
Sie fühlen sich ruhig.	4	3	2	1
Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
Sie sind voller Energie.	4	3	2	1
Sie fühlen sich angespannt	1	2	3	4
Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
Sie fühlen sich sicher und geschützt.	4	3	2	1
Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
Sie sind leichten Herzens.	4	3	2	1
Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4

-> je höher, desto belasteter (max. 40) **Summe** _____

Welche (psycho-) somatische oder psychische **Beschwerde** (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) **belastet akut besonders?**
(bitte eintragen)

gar nicht — nicht auszuhalten

Wie ausgeprägt?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

_____

Massnahme _____ Dauer _____

STRESS (Short REgensburg -Stress-Scale) **Kurzform des PSQ: percived Stress Questionaire**	**nein, kaum**	**etwas**	**ziem-lich**	**sehr**
Sie fühlen sich ausgeruht.	4	3	2	1
Sie fühlen sich ruhig.	4	3	2	1
Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
Sie sind voller Energie.	4	3	2	1
Sie fühlen sich angespannt	1	2	3	4
Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
Sie fühlen sich sicher und geschützt.	4	3	2	1
Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
Sie sind leichten Herzens.	4	3	2	1
Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4

-> je höher, desto belasteter (max. 40) **Summe** _____

Welche (psycho-) somatische oder psychische **Beschwerde** (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) **belastet akut besonders?**
(bitte eintragen)

gar nicht — nicht auszuhalten

Wie ausgeprägt?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

_____