

Datum _____ Code _____ m O w O Alter _____

RAST: Regensburger Angst- und Stress Test <small>(PSQ: perceived Stress Questionnaire und STAI: State-Anxiety)</small>		fast nie	manchmal	häufig	meistens
1	Sie fühlen sich ausgeruht.	4	3	2	1
2	Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.	1	2	3	4
3	Sie haben zu viel zu tun.	1	2	3	4
4	Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen.	4	3	2	1
5	Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu können.	1	2	3	4
6	Sie fühlen sich ruhig.	4	3	2	1
7	Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
8	Sie sind voller Energie.	4	3	2	1
9	Sie fühlen sich angespannt.	1	2	3	4
10	Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen.	1	2	3	4
11	Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
12	Sie fühlen sich sicher und geschützt.	4	3	2	1
13	Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
14	Sie haben Spaß.	4	3	2	1
15	Sie haben Angst vor der Zukunft.	1	2	3	4
16	Sie sind leichten Herzens.	4	3	2	1
17	Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4
18	Sie haben Probleme, sich zu entspannen.	1	2	3	4
19	Sie haben genug Zeit für sich.	4	3	2	1
20	Sie fühlen sich unter Termindruck.	4	3	2	1
21	Sie fühlen sich geborgen.	4	3	2	1
22	Sie sind bekümmert.	1	2	3	4
23	Sie sind gelöst.	4	3	2	1
24	Sie sind aufgeregt.	1	2	3	4
25	Sie fühlen sich wohl.	4	3	2	1
26	Sie fühlen sich selbstsicher.	4	3	2	1
27	Sie fühlen sich zappelig.	1	2	3	4
28	Sie sind überreizt.	1	2	3	4
29	Sie sind froh.	4	3	2	1
30	Sie sind vergnügt.	4	3	2	1

-> je höher, desto belasteter (1 -20: max. 80; grau unterlegt = Kurzform StReSS-10) **Summe** _____

dunkelgraue Felder: Angst-Skala (max. 80) **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	
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--
