

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|-----------------|-------------|------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|-------------|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie/Dich gerade besonders? | | | | | gar nicht | | | | | | | nicht auszuhalten | | | | | | | | |
| (bitte eintragen) | | | | | Wie ausgeprägt? (vorher) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | Wie ausgeprägt? (danach) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| StReSS-4 | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | Ich fühle mich... | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | | | | | | | | | | | |
| Datum: | 0 | 1 | 2 | 3 | gehetzt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | angespannt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| Uhrzeit: | 3 | 2 | 1 | 0 | leicht, fröhlich, gut | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | seelisch erschöpft | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| SUMME | vorher | | | | DAUER: | nachher | | | | | | | | | | | | | | |
| Maßnahme: z.B. Spaziergehen, Entspannungstechnik, Schlafen, Musikhören, Gespräch, Therapiesitzung, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|-----------------|-------------|------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|-------------|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie/Dich gerade besonders? | | | | | gar nicht | | | | | | | nicht auszuhalten | | | | | | | | |
| (bitte eintragen) | | | | | Wie ausgeprägt? (vorher) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | Wie ausgeprägt? (danach) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| StReSS-4 | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | Ich fühle mich... | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | | | | | | | | | | | |
| Datum: | 0 | 1 | 2 | 3 | gehetzt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | angespannt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| Uhrzeit: | 3 | 2 | 1 | 0 | leicht, fröhlich, gut | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | seelisch erschöpft | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| SUMME | vorher | | | | DAUER: | nachher | | | | | | | | | | | | | | |
| Maßnahme: z.B. Spaziergehen, Entspannungstechnik, Schlafen, Musikhören, Gespräch, Therapiesitzung, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|-----------------|-------------|------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|-------------|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie/Dich gerade besonders? | | | | | gar nicht | | | | | | | nicht auszuhalten | | | | | | | | |
| (bitte eintragen) | | | | | Wie ausgeprägt? (vorher) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | Wie ausgeprägt? (danach) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| StReSS-4 | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | Ich fühle mich... | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | | | | | | | | | | | |
| Datum: | 0 | 1 | 2 | 3 | gehetzt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | angespannt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| Uhrzeit: | 3 | 2 | 1 | 0 | leicht, fröhlich, gut | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | seelisch erschöpft | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| SUMME | vorher | | | | DAUER: | nachher | | | | | | | | | | | | | | |
| Maßnahme: z.B. Spaziergehen, Entspannungstechnik, Schlafen, Musikhören, Gespräch, Therapiesitzung, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|-----------------|-------------|------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|-------------|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie/Dich gerade besonders? | | | | | gar nicht | | | | | | | nicht auszuhalten | | | | | | | | |
| (bitte eintragen) | | | | | Wie ausgeprägt? (vorher) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | Wie ausgeprägt? (danach) | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| StReSS-4 | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | Ich fühle mich... | nein, kaum | etwas | ziemlich | sehr | | | | | | | | | | | |
| Datum: | 0 | 1 | 2 | 3 | gehetzt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | angespannt | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| Uhrzeit: | 3 | 2 | 1 | 0 | leicht, fröhlich, gut | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | seelisch erschöpft | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | |
| SUMME | vorher | | | | DAUER: | nachher | | | | | | | | | | | | | | |
| Maßnahme: z.B. Spaziergehen, Entspannungstechnik, Schlafen, Musikhören, Therapiesitzung, Visite, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Auswertung: bis 4 Punkte –normal, über 8 – kritisch
 gute Verbesserung: mehr als 2 Punkte, sehr gute mehr als 4
 © Loew, Hinterberger, Universitätsklinikum Regensburg, 2021

