

Datum _____ Code _____ m O w O Alter _____

Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie 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														
					0	1	2	3	gehetzt					0	1	2	3																			
					0	1	2	3	angespannt					0	1	2	3																			
					3	2	1	0	leicht					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.																																				

Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie 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														
					0	1	2	3	gehetzt					0	1	2	3																			
					0	1	2	3	angespannt					0	1	2	3																			
					3	2	1	0	leicht					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.																																				

Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie 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														
					0	1	2	3	gehetzt					0	1	2	3																			
					0	1	2	3	angespannt					0	1	2	3																			
					3	2	1	0	leicht					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.																																				

Welche (psycho-) somatische oder psychische Beschwerde (z.B. Rückenschmerz, Müdigkeit) belastet Sie 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														
					0	1	2	3	gehetzt					0	1	2	3																			
					0	1	2	3	angespannt					0	1	2	3																			
					3	2	1	0	leicht					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.																																				