

Objawy/problemy *do terapii*

Proszę jak najdokładniej opisać 5 NAJWAŻNIEJSZYCH problemów, dolegliwości lub objawów, z którymi zgłasza się Pani/Pan na terapię, zaczynając od najbardziej dokuczliwego, a kończąc na najmniej dokuczliwym. Przy każdym proszę zaznaczyć na skali, jak bardzo był nasilony w ciągu ostatnich 2 tygodni.

Pacjent _____ data _____

1

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

wcale trochę umiarkowanie znacznie najbardziej
w życiu

2

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

wcale trochę umiarkowanie znacznie najbardziej
w życiu

3

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

wcale trochę umiarkowanie znacznie najbardziej
w życiu

4

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

wcale trochę umiarkowanie znacznie najbardziej
w życiu

5

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

wcale trochę umiarkowanie znacznie najbardziej
w życiu