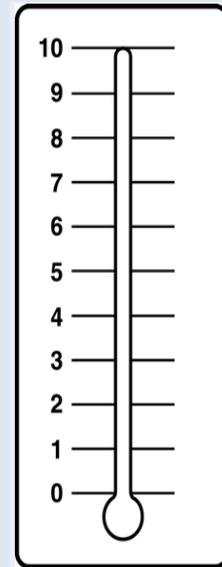


## Distressthermometer

### Anleitung

- Bitte kreisen Sie die Zahl ein (0 - 10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

( 0 = gar nicht belastet  
10 = extrem belastet)



- Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatte. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

| Praktische Probleme                               | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wohnsituation                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Versicherung                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Schule                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beförderung (Transport)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderbetreuung                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familiäre Probleme                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Umgang mit dem Partner                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Umgang mit den Kindern                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emotionale Probleme                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sorgen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ängste  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traurigkeit                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depression  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervosität  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verlust von Interesse an alltäglichen Aktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spirituelle/religiöse Belange in Bezug auf Gott   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verlust des Glaubens                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |
|   |                          |                          |
|   |                          |                          |

| Körperliche Probleme             | JA                       | NEIN                     |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schmerzen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erschöpfung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaf                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegung/Mobilität               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen/Ankleiden                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Äußeres Erscheinungsbild         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atmung                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entzündungen im Mundbereich      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen/Ernährung                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verdauungsstörungen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchfall                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veränderungen beim Wasser lassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fieber                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trockene/juckende Haut           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trockene/verstopfte Nase         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kribbeln in Händen und Füßen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angeschwollen/aufgedunsen fühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gedächtnis/Konzentration         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sexuelle Probleme                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |