

KÉRDŐÍV AZ ÖN EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL-9 (PHQ-9)

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok? (✓-val jelölje választát)	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több mint felében	Majdnem minden nap
1. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	0	1	2	3
2. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	0	1	2	3
3. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	0	1	2	3
4. Fáradtság vagy kevés energia	0	1	2	3
5. Rossz étvágy vagy túlzott evés	0	1	2	3
6. Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	0	1	2	3
7. Koncentrációs nehézségek, például újságolvasás vagy tévézés közben	0	1	2	3
8. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan volt, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	0	1	2	3
9. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?

Egyáltalán nem okoztak nehézséget <input type="checkbox"/>	Kis nehézséget okoztak <input type="checkbox"/>	Nagy nehézséget okoztak <input type="checkbox"/>	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak <input type="checkbox"/>
---	--	---	--