

27. Czy kiedykolwiek przeżywałeś/aś poniższe stany? /postaw +/

NIE TAK

..... zachowania agresywne lub destrukcyjne  
..... samo okaleczenia  
..... próby samobójcze po alkoholu/lekach  
..... inne próby samobójcze  
..... stany lękowe  
..... słyszałeś/aś głosy, których inni nie słyszeli  
..... widziałeś/aś rzeczy, których inni nie widzieli

28. Czy obecnie przeżywasz którekolwiek z poniższych stanów?

NIE TAK

..... niepokój, nadmierna nerwowość  
..... częste wybuchy złości  
..... rozdrażnienie z powodu drobiazgów  
..... częsty płacz  
..... poczucie beznadziejności (depresja)  
..... myśli o samobójstwie  
..... trudności w koncentracji  
..... trudności w realizacji zadań  
..... trudności w podejmowaniu decyzji  
..... trudności w organizacji wypoczynku  
..... trudności w wyrażaniu uczuć  
..... trudności w zasypianiu, koszmarne sny, przerywany sen  
..... kłopoty z pamięcią  
..... nieśmiałość

Inne stany .....

29. Na co chorujesz? .....

30. Wymień wszystkie leki jakie obecnie przyjmujesz (podaj dawki)

.....  
.....

31. Uważam, że moje obecne problemy dotyczą głównie spraw:

(napisz na czym one polegają)

rodzinnych .....

zdrowotnych .....

zawodowych .....

finansowych .....

prawnych (sąd, prokuratura) .....

mieszkaniowych .....

innych (jakich?) .....

.....  
podpis pacjenta

pielęgniarka przyjmująca ..... data .....