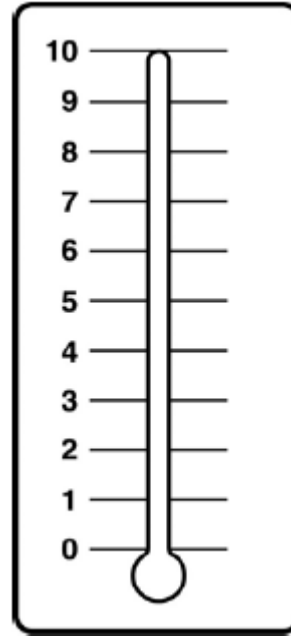


Instrukcja:

PO PIERWSZE: Na termometrze po prawej stronie proszę zakreślić liczbę (0-10) najlepiej opisującą, jak bardzo obciążeni czuli się Państwo w ostatnim tygodniu, łącznie z dzisiaj.



Skrajne obciążenie

Brak obciążenia

PO DRUGIE: Proszę podać, czy w jednym z poniższych obszarów mieli Państwo problemy w ostatnim tygodniu, łącznie z dzisiaj. Dla każdego obszaru zaznaczyć TAK lub NIE.

TAK	NIE		TAK	NIE	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemy praktyczne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemy fizyczne
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sytuacja mieszkaniowa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bóle
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ubezpieczenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nudności
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Praca/szkoła	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zmęczenie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Opieka nad dziećmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruch/mobilność
		Problemy rodzinne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mycie się, ubieranie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	W stosunkach z partnerem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wygląd zewnętrzny
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	W stosunkach z dziećmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oddychanie
		Problemy emocjonalne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stany zapalne w jamie ustnej
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zmartwienia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jedzenie/odżywianie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lęki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zaburzenia trawienia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Smutek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zaparcia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Biegunka
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nerwowość	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zmiany w oddawaniu moczu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utrata zainteresowania codziennymi czynnościami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gorączka
		Kwestie duchowe/religijne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sucha/swędząca skóra
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	W odniesieniu do Boga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suchy/zatkany nos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utrata wiary	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mrowienie rąk/stóp
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uczucie spuchnięcia/nabrzmiałości
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pamięć/koncentracja
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemy seksualne

Inne problemy: _____