

## Angst - Psykometrisk test

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem de sidste 2 uger

Sæt kryds

		5	4	3	2	1	0
	Igennem de sidste 2 uger, hvor stor en del af tiden har du	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de er angstprovokerende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	haft tilløb til angstanfald (panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	haft egentlige angstanfald (panikangst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	været nødt til at kontrollere alt hvad du gør eller gentage de samme handlinger, igen og igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	været meget genert, fx når du spiser eller taler, når andre ser på dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	haft tilbagevendende tanker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	haft svært ved at udføre dine daglige aktiviteter pga. disse symptomer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_