

# Kwestionariusz dotyczący Państwa samopoczucia – w chwili kończenia terapii

## Pytanie 1

- a To jest problem, który według Pana/Pani niepokoił Pana/Panią najbardziej, kiedy pytaliśmy o niego pierwszy raz. (Terapeuta – proszę wpisać w ramkę poniżej.)

- b Jak bardzo problem ten dotykał Pana/Panią w ciągu ostatniego tygodnia? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek.)

Wcale      0            1            2            3            4            5            Bardzo mocno

                                  

## Pytanie 2

- a To jest inny problem, który Pana/Panią niepokoił, kiedy pytaliśmy o niego pierwszy raz. (Terapeuta – proszę wpisać w ramkę poniżej.)

- b Jak bardzo problem ten dotykał Pana/Panią w ciągu ostatniego tygodnia? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek.)

Wcale      0            1            2            3            4            5            Bardzo mocno

                                  

## Pytanie 3

- A To jest rzecz, którą według Pana/Pani trudno było zrobić, kiedy pytaliśmy o nią pierwszy raz. (Terapeuta – proszę wpisać w ramkę poniżej.)

- B Jak ciężko było ją wykonać w ciągu ostatniego tygodnia? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek.)

Wcale nie było ciężko      0            1            2            3            4            5            Bardzo ciężko

                                  

## Pytanie 4

- Być może w trakcie terapii pojawiły się inne ważne problemy. Jeśli tak, to jak bardzo problemy te dotykały Pana/Panią w ciągu ostatniego tygodnia? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek lub zostawić wolne pole jeśli żadne inne problemy się nie pojawiły)

Wcale      0            1            2            3            4            5            Bardzo mocno

                                  

## Pytanie 5

- Jakie było Pana/Pani samopoczucie z tego powodu w ciągu ostatniego tygodnia? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek.)

Bardzo dobre      0            1            2            3            4            5            Bardzo złe

                                  

## Pytanie 6

- Teraz, kiedy zakończyliście Państwo terapię, jak byście siebie opisali? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek.)

Znacznie lepiej      Sporo lepiej      Trochę lepiej      Mniej więcej tak samo      Trochę gorzej      Znacznie gorzej

                            

0            1            2            3            4            5



## Formularz Oceny Terapeuty – po terapii

### Wypełnia terapeuta

ID Praktyki	xx	ID lub inicjały klienta	xx	wiek lub data urodzenia klienta	xx
ID Terapeuty	xx	pleć klienta	K / M		
liczba odbytych sesji terapeutycznych	xx				
data zakończenia terapii	DD/MM/RR				
data ukończenia PSYCHLOPS - po terapii	DD/MM/RR				

### Pytanie dotyczące walidacji

Teraz, kiedy zakończyła się terapia, jak by Pan/Pani opisał stan ogólny klienta? (Proszę zaznaczyć jedną z poniższych kratek.)

Znacznie lepiej	Sporo lepiej	Trochę lepiej	Mniej więcej tak samo	Trochę gorzej	Znacznie gorzej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5