



Navn \_\_\_\_\_ CPR \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

## Angst – Psykometrisk test – Symptom / Spørgeskema (ASS)

Nr.	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	Score
1	været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	5	4	3	2	1	O	G
2	været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	5	4	3	2	1	O	G
3	været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de er angstprovokerende?	5	4	3	2	1	O	F
4	haft tilløb til angstanfald (panik)?	5	4	3	2	1	O	P
5	haft egentlige angstanfald (panikangst)?	5	4	3	2	1	O	P
6	haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	5	4	3	2	1	O	O
7	været nødt til at kontrollere alt hvad du gør eller gentage de samme handlinger, igen og igen?	5	4	3	2	1	O	O
8	været meget genert, fx når du spiser eller taler, når andre ser på dig?	5	4	3	2	1	O	SF
9	haft tilbagevendende tanker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	5	4	3	2	1	O	PT
10	haft svært ved at udføre dine daglige aktiviteter pga. disse symptomer?	5	4	3	2	1	O	