



Angstspørgeskemaet (GAD-10)

Appendiks 11

Navn: _____ CPR.: _____ Dato: _____

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det 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="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
2 følt dig ængstelig, bange eller bekymret?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
3 haft hjertebanken eller smerter i brystet?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
4 haft ømhed eller smerter i musklerne, f.eks. i nakken eller i ryggen?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
5 haft svimmelhed eller tilløb til at besvime?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
6 haft tendens til at fare sammen ved selv den mindste foranledning?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
7 været meget rastløs eller haft svært ved at falde til ro?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
8 været nødt til at undgå visse ting steder eller aktiviteter, fordi de gør dig bange?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
9 følt at du bliver let irriteret?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
10 haft besvær med at huske eller svært ved at koncentrere dig?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>