

TEM 30©

Trivels- og Effektmonitorering (De sidste 30 dage)

Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder virkelig dårligt, 5 er midten og 10 betyder virkelig godt (sidste måned)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkeligt dårligt					Midten					Virkeligt godt
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 30 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 30 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 30 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt været til at koncentrere dig i de sidste 30 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt været til at overholde aftaler og planlægge din dag i de sidste 30 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange dage har du brugt cannabis indenfor de sidste 30 dage?

_____Dage

Hvor mange dage har du taget andre stoffer end cannabis indenfor de sidste 30 dage?

_____Dage

Hvor mange dage har du drukket alkohol indenfor de sidste 30 dage?

_____Dage

Hvor mange dage har du drukket 5 genstande eller mere ved én enkelt lejlighed?

_____Dage