

**CPR (f.eks. 010180-0102)** \_\_\_\_\_

**Navn** \_\_\_\_\_

**Dato (DD-MM-ÅÅÅÅ)** \_\_\_\_\_

Søger alkoholbehandling

Søger stofbehandling

## Sociale forhold

### 1. Er du i gang med en uddannelse? Hvis ja hvilken?

- Nej, jeg er ikke i gang med en uddannelse
- Grundskole (f.eks. 7., 8. og 9. klasse)
- 10. klasse
- Efterskole
- Højskole
- Gymnasial (STX, HHX, HTX, EUX)
- HF (fuld)
- VUC (AVU og HF enkeltfag)
- STU (Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse)
- FGU (Forberedende grunduddannelse)
- Arbejdsmarkedsuddannelse eller TAMU (træningsskolens arbejdsmarkedsuddannelser)
- EUD Erhvervsuddannelse eller teknisk skole (f.eks. social- og sundhedshjælper, tømrer, murer, gartner, slagter, kontoruddannelse, frisør, elektriker, fotograf, kranfører)
- Erhvervsakademiuddannelse (f.eks. agrøkonom, datatekniker, forsikringsakademi)
- Kort videregående uddannelse (f.eks. social- og sundhedsassistent, datamatiker, akademiuddannelse)
- Mellemlang videregående uddannelse (f.eks. pædagog, sygeplejerske, socialrådgiver, professions-BA-uddannelser)
- Lang videregående uddannelse (f.eks. forskellige universitetsuddannelser efter bachelor)
- Politi og Forsvar
- Master- og diplomuddannelse
- I lære (har læreplads eller i skolepraktik)
- I praktik (ikke lærlingeforløb)
- Forberedelseskursus for indvandrere og flygtninge
- Anden uddannelse \_\_\_\_\_

## 2. Hvad tjente du flest penge ved den sidste måned?

- Lommepege/økonomisk støtte (fra familie og lignende)
- Lønnet deltidsarbejde inkl. fritidsarbejde (skriv hvilket) \_\_\_\_\_
- Lønnet fuldtidsarbejde (skriv hvilket) \_\_\_\_\_
- SU
- Skoleydelse
- Aktivering, løntilskud eller revalidering
- Arbejdsløshedsdagpenge
- Sygedagpenge eller barselsdagpenge
- Uddannelseshjælp/integrationsydelse/ressourceforløb/kontanthjælp
- Førtidspension
- Andet – Skriv hvad: \_\_\_\_\_
- Tjener ingen penge (skriv hvad du så lever af) \_\_\_\_\_

## 3. Hvor mange dage har du været fraværende fra skole eller arbejde de sidste 30 dage (20 dage=fuldtidsarbejde/uddannelse) (Hvis under uddannelse/i beskæftigelse)? Dage \_\_\_\_\_

## 4. Hvordan er din boligsituation?

- Stabil (jeg bor et sted, hvor jeg kan blive, så længe jeg vil)
- Delvis stabil (jeg kan blive boende her længe endnu, men jeg bliver nødt til at flytte på et tidspunkt)
- Ustabil (jeg kan blive boende her under 1 år)
- Er boligløs (jeg bor på gaden eller rundt omkring, hvor det er muligt)
- Jeg bor på en institution/et opholdssted (**Hvis institution gå til spg. 6**)
- Jeg er i fængsel/arrest (**Hvis fængsel/arrest gå til spg. 6**)

## 5. Hvem bor du sammen med?

- Med begge forældre
- Med én forælder
- Med én forælder og én stedfar/stedmor
- Alene
- Alene med barn/børn
- Med kæreste/partner/ægtefælle
- Med kæreste/partner/ægtefælle og barn/børn
- Med anden familie (angiv hvem)  
\_\_\_\_\_
- Med plejefamilie
- Med venner
- Med andre unge på institution
- Med andre unge på efterskole/højskole
- Med andre unge på kollegium
- Jeg er hjemløs
- Andre (angiv hvem) \_\_\_\_\_

6. Hvor mange af dine venner opfatter du som nære venner? Antal: \_\_\_\_\_

7. Har du en kæreste/partner/ægtefælle? (spg stilles ikke, hvis bor sammen med kæreste/partner/ægtefælle)

Ja  Nej

8. Har du børn?

Ja  Nej

9. Er du eller din partner gravid?

Ja  Nej

10. Er der nogen af nedenstående i dit netværk, som du finder høj grad af personlig støtte hos (ikke økonomisk)?

(Sæt gerne flere x'er)

- Kæreste/partner/ægtefælle
- Ekskæreste/tidligere partner eller ægtefælle
- Mor
- Far
- Søskende
- Anden familie (skriv hvem) \_\_\_\_\_
- Plejefamilie
- Ven/venner
- Skolekammerater/kollegaer/arbejdsgiver
- Offentlige myndigheder
- Institution/opholdssted
- Andre (skriv hvem) \_\_\_\_\_
- Ingen

11. Er der nogen af nedenstående i dit netværk, som du i høj grad har konflikt med? (sæt gerne flere x'er).

- Kæreste/partner/ægtefælle
- Ekskæreste/tidligere partner eller ægtefælle
- Mor
- Far
- Søskende
- Anden familie (skriv hvem) \_\_\_\_\_
- Plejefamilie
- Ven/venner
- Skolekammerater/kollegaer/arbejdsgiver
- Offentlige myndigheder
- Institution/opholdssted
- Andre (skriv hvem) \_\_\_\_\_
- Ingen

**Til intervieweren: Har du bemærkninger til borgerens sociale forhold?**

---

---

---

---

---

# Forbrug af rusmidler og medicin

**1. Hvor ofte drikker du noget, der indeholder alkohol? (Tænk på den sidste måned)  
(Hvis borgeren ikke har drukket alkohol i den sidste måned, gå til spg. 11)**

- Ikke den sidste måned
- Højest én gang om måneden
- 2-4 gange om måneden
- 2-3 gange om ugen
- 4 gange om ugen eller oftere

**2. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget? (Tænk på den sidste måned)**

- 1-2 genstande
- 3-4 genstande
- 5-6 genstande
- 7-9 genstande
- 10 eller flere genstande

**3. Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved én lejlighed? (Tænk på den sidste måned)**

- Aldrig
- Sjældent
- Månedligt
- Ugentligt
- Dagligt eller næsten dagligt

**4. Hvor mange gange har du i løbet af den sidste måned oplevet, at du ikke kunne holde op med at drikke, når du først var begyndt?**

- Ikke den sidste måned
- En enkelt gang sidste måned
- Nogle gange sidste måned
- Ugentligt
- Hver dag eller næsten hver dag

**5. Hvor mange gange i løbet af den sidste måned har dit alkoholforbrug medført, at du ikke gjorde de ting, som normalt forventedes af dig?**

- Ikke den sidste måned
- En enkelt gang sidste måned
- Nogle gange sidste måned
- Ugentligt
- Hver dag eller næsten hver dag

**6. Hvor mange gange har du i løbet af den sidste måned haft behov for at drikke alkohol om morgenen for at komme i gang efter et stort alkoholforbrug dagen inden?**

- Ikke den sidste måned
- En enkelt gang sidste måned
- Nogle gange sidste måned
- Ugentligt
- Hver dag eller næsten hver dag

**7. Hvor ofte har du i løbet af den sidste måned haft skyldfølelse over eller fortrudt, at du havde drukket?**

- Ikke den sidste måned
- En enkelt gang sidste måned
- Nogle gange sidste måned
- Ugentligt
- Hver dag eller næsten hver dag

**8. Hvor mange gange har du i løbet af den sidste måned været ude af stand til at huske, hvad der skete aftenen inden, fordi du havde drukket?**

- Ikke den sidste måned
- En enkelt gang sidste måned
- Nogle gange sidste måned
- Ugentligt
- Hver dag eller næsten hver dag

**9. Er du selv eller andre kommet til skade pga. dit alkoholforbrug inden for den sidste måned? (faldet og slået dig, kommet op at slås/slået andre, kørt galt og lignende)**

- Nej, ikke inden for den sidste måned
- Ja, en enkelt gang inden for den sidste måned
- Ja, flere gange inden for den sidste måned

**10. Har en slægtning, en ven, en læge eller andet sundhedspersonale udtrykt bekymring over dit alkoholforbrug, eller foreslået dig at skære ned på det, den sidste måned?**

- Nej, ikke inden for den sidste måned
- Ja, en enkelt gang inden for den sidste måned
- Ja, flere gange inden for den sidste måned

**11. Hvor mange dage har du brugt nikotinprodukter inden for de sidste 30 dage (joints med tobak medregnes ikke)? (Eksempler på nikotinprodukter: Cigaretter, E-cigaretter/vape/pufbars, Vandpibe (hookah), Snus/skrå/tyggetobak)**  
Dage: \_\_\_\_\_ (Hvis 0 gå til spg. 13)

**12. Hvilke nikotinprodukter har du brugt i de sidste 30 dage?**

- Cigaretter
- E-cigaretter/vape/pufbars
- Vandpibe (hookah)
- Snus/skrå/tyggetobak

Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens forbrug af alkohol og nikotinprodukter?

---

---

---

---

---

13a. Har du haft et forbrug af andre rusmidler end alkohol den sidste måned (f.eks. cannabis, Kokain, benzodiazepiner, opioider)? (kun til alkoholbehandling, hvis nej gå til spm 14)

- Ja  
 Nej

13. Hvor mange dage har du brugt følgende stoffer indenfor de sidste 30 dage.

OBS! Kun stoffer som ikke er ordineret af læge

	Antal dage, Sidste 30 dage
Cannabis (f.eks. hash, pot, skunk)	dage
Amfetamin	dage
Kokain	dage
Ecstasy/MDMA	dage
Beroligende/angstdæmpende medicin og/eller sovemedicin (f.eks. Xanax, Alprox, Stesolid, Lyrica. Ikke ordineret af læge)	dage
Opioider/smertestillende morfin præparater (Oxycontin, Tramadol, Fentanyl, metadon, heroin og lignende) ( ikke ordineret af en læge)	dage
Andre rusmidler (f.eks. svampe, ketamin, LSD, fantasy/GHB, sniffe lim eller andre opløsningsmidler ritalin eller andet)	dage

**Nedenstående kun for de sidste 30 dage.**

**13.5.1. Hvilken beroligende medicin? (Hvis der er taget medicin)**

- Alprazolam (Xanax)
- Bromazepam (Lexotan)
- Clonazepam (Rivotril)
- Diazepam (Stesolid)
- Oxazepam (Oxabenz)
- Lorazepam (Rativor, Temesta)
- Benzodiazepin (vælges hvis borgeren ikke kender den specifikke type)
- Quetiapin
- Sovemedicin (andre end benzodiazepiner)
- Lyrica, Pregabalin, Gabapentin \_\_\_\_\_
- Anden beroligende medicin (skriv hvilken)
- Piller, som jeg ikke ved hvad er

**13.6.2 Hvilke typer opioider? (Hvis der er taget opioider)**

- Heroin
- Dolol/Tramadol
- Morfin/Contalgin
- Oxycidin/Oxycontin
- Metadon
- Buprenorfin
- Kodein
- Fentanyl
- Opium
- Andre \_\_\_\_\_

**13.7.1 Hvilke andre stoffer? (Hvis der er taget andre stoffer)**

- GHB/fantasy
- Ketamin
- Lattergas
- LSD
- Svampe
- Andre psykedeliske stoffer (f.eks. DMT, ayahuasca, mescaline) \_\_\_\_\_
- Opløsningsmidler (f.eks. lightergas, lim, deodorant, benzin)
- Andre stoffer (angiv hvilke) \_\_\_\_\_

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens forbrug af illegale stoffer?**

---

---

---

---

---

## Fysiske problemer

1. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer de sidste 30 dage? (f.eks. udtalt træthed, kvalme, hovedpine, smerter i ryg og led, influenza, halsbetændelse og lignende):

Dage: \_\_\_\_\_ (Hvis 0 gå til spg. 2)

1.1 Hvilke typer fysiske problemer?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

1.2 Hvor længe har du oplevet disse problemer? (angiv det problem, der har varet længst tid)

0-30 dage

1-3 måneder

3-6 måneder

6-12 måneder

Over 1 år

1.3 Hvor påvirket har du været af dette/disse fysiske problemer de sidste 30 dage?

Slet ikke

Lidt

En del

Meget

Rigtigt meget

2. Hvor mange dage inden for de sidste 30 dage har du brugt smertestillende håndkøbsmedicin, som du kan købe uden recept (f.eks. Panodil, Kodimagnyl, Ipren, Ibuprofen eller lignende)?

Dage: \_\_\_\_\_

3. Hvor mange dage inden for de sidste 30 dage har du brugt medicin mod fysiske problemer, som er ordineret af læge?

Dage: \_\_\_\_\_ (Hvis 0 gå til spg. 4)

3.1 Hvad er navnet på medicinen? (Kun ordineret medicin)

Ordineret medicin

Medicin 1 \_\_\_\_\_

Medicin 2 \_\_\_\_\_

Medicin 3 \_\_\_\_\_

**4. Er du i medicinsk behandling for dit forbrug af rusmidler med nogen af følgende?**

- Nej, er ikke i medicinsk behandling
- Antabus
- Acamprosat
- Buprenorphin
- Subutex/Suboxone
- Buvidal
- Naltrexone
- Metadon
- Lægeordineret heroin
- Andet (skriv hvilket) \_\_\_\_\_

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens fysiske problemer?**

---

---

---

---

---

## Psykiske og adfærdsmæssige forhold

Tænk på dine oplevelser i folkeskolen

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
1. I hvilken grad var/er du og dine venner nogle ballademagere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I hvilken grad havde/har du konflikter med lærerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I hvilken grad var/er du forstyrrende i timerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I hvilken grad pjækkede/ pjækker du fra timerne i folkeskolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Er du nogensinde blevet bortvist fra skolen pga. din opførsel?

- Ja  
 Nej

### Impulsivitet

	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
6. Jeg handler impulsivt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg taler først og tænker senere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg keder mig ved at gøre det samme igen og igen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg gør ting uden at tænke fremad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Det sker jeg låner noget og så mister det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens adfærdsmæssige forhold?

---



---



---



---



---

11. Har du været påvirket af ensomhed de sidste 30 dage?

- Slet ikke  
 Lidt  
 En del  
 Meget  
 Rigtig meget

**12. Har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage?**

**(Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt og lignende)**

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

**13. Har du været påvirket af symptomer på angst de sidste 30 dage?**

**(Angstanfald i bestemte sociale situationer, dødsangst, oplevet dig som meget anspændt, slet ikke at kunne slappe af)**

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

**14. Har du haft besvær med at kontrollere aggressioner eller temperament de sidste 30 dage?**

**(Oplevet dig selv som opfarende, bliver nemt vred og udskældende, svært ved at styre dine impulser)**

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

**15. Har du været påvirket af selvmordstanker de sidste 30 dage?**

**(Tanker om eller optagethed af selvmord, kan være alt fra forbigående tanker til detaljeret planlægning)**

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

**16. Har du nogensinde forsøgt at begå selvmord?**

- Ja
- Nej
- Ønsker ikke at svare

**17. Har du fysisk skadet dig selv i de sidste 30 dage?**

**(Skåret, brændt, lavet sår, pillet hår ud og lignende med vilje) (omfatter ikke: selvmordsforsøg, i affekt slået hånden ind i en mur, kommet til skade ved at gøre vilde ting)**

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

**18. Har du været påvirket af spiseforstyrrelse i de sidste 30 dage?**

(Sultet dig selv med vilje, fået det dårligt psykisk, når du spiste, fremprovokeret opkastning, overspisning)

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

**19. Har du nogensinde direkte fysisk skadet andre, f.eks. været oppe at slås, voldelig over for andre eller lignende situationer, der ikke var uheld eller i leg?**

- Aldrig (Hvis aldrig, spring spg. 19.1 over)
- Sjældent
- Nogle gange
- Ofte
- Meget ofte

**19.1 Hvor mange gange har du været oppe at slås eller lignende de sidste 30 dage?**

- 0 gange
- 1 gang
- 2 gange
- 3 gange
- Flere end 3 gange

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens psykiske forhold?**

---

---

---

---

---

**20. Har du nogensinde været udsat for hårde og stressfyldte oplevelser, som stadig påvirker dig i dag? (f.eks. alkohol/stofmisbrug i familien, mobning, fysiske overgreb/vold, psykisk terror, seksuelle overgreb, omsorgssvigt i din barndom, eller lignende)**

- Ja
- Nej (Gå til spg. 21)
- Ønsker ikke at svare (Gå til spg. 21)

**20.01 Nedenfor er en liste over en række svære eller stressende oplevelser mennesker kan blive udsat for. Kryds af ved de oplevelser du har været udsat for eller har været vidne til.**

- Ulykke (for eksempel arbejdsulykke eller bilulykke)
- Fysisk eller psykisk vold (for eksempel grove trusler på liv eller helbred, udsat for angreb med våben, slag, spark, skub)
- Seksuelt overgreb (for eksempel deling af intime billeder, uønsket seksuel berøring, voldtægt)
- Livstruende sygdom (for eksempel alvorligt kræftforløb)
- Uventet voldsomt dødsfald (f.eks. på baggrund af mord, selvmord, ulykke, kortvarig sygdom)
- Anden meget stressende eller voldsom oplevelse? (Skriv hvilken)
- Ønsker ikke at svare (Gå til spg. 20.1)

**20.02 Hvilken oplevelse eller række af oplevelser påvirker dig mest i dag? (sæt kun et kryds)**

- Ulykke (for eksempel arbejdsulykke eller bilulykke)
- Fysisk eller psykisk vold (for eksempel grove trusler på liv eller helbred, udsat for angreb med våben, slag, spark, skub)
- Seksuelt overgreb (for eksempel deling af intime billeder, uønsket seksuel berøring, voldtægt)
- Livstruende sygdom (for eksempel alvorligt kræftforløb)
- Uventet voldsomt dødsfald (f.eks. på baggrund af mord, selvmord, ulykke, kortvarig sygdom)
- Anden meget stressende eller voldsom oplevelse? (Skriv hvilken)

**20.03 Hvornår fandt oplevelsen eller oplevelserne sted?**

- Da jeg var 0-5 år
- Da jeg var 5-12 år
- Da jeg var 12-18 år
- Igennem mine barndomsår
- Som voksen (efter 18 år)
- I både mine barndomsår og som voksen

**20.1 Hvor meget påvirker det dig i dag? (Hvis udsat for stressfyldte oplevelser)**

- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

Nedenfor er der en liste med problemer, som mennesker kan have som reaktion på traumatiske eller stressende livsbegivenheder. Læs venligst hvert spørgsmål omhyggeligt og sæt kryds ved det, der bedst beskriver, hvor meget du har været generet af det problem inden for den sidste måned.

	Slet ikke	Lidt	Noget	En del	Rigtigt meget
1) Haft ubehagelige drømme, som gengiver dele af begivenheden eller er tydeligt forbundet med den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Haft stærke billeder eller erindringer, som dukker op i dine tanker, og hvor du oplever, at begivenheden sker igen her og nu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Undgået indre påmindelser om den stressende begivenhed (f.eks. tanker, følelser eller fysiske fornemmelser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Undgået ydre påmindelser om den stressende begivenhed (f.eks. mennesker, steder, samtaler, ting, aktiviteter eller situationer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Været overdrevent opmærksom, årvågen eller på vagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Følt dig anspændt eller nemt forskrækket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du må meget gerne som behandler hjælpe med at forklare ord som erindringer (tydelige minder), påmindelser (noget der minder om det der skete), og Årvågen (særligt opmærksom).

**Indenfor den seneste måned har ovenstående problemer**

	Slet ikke	Lidt	Noget	En del	Rigtigt meget
7) Påvirket dine forhold til andre eller dit sociale liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Påvirket dit arbejde eller din arbejdsevne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Påvirket en anden vigtig del af dit liv f.eks. forælderrolle, skolearbejde/studier eller andre vigtige aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor sandt er følgende for dig?**

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Rigtig meget
Når jeg er oprevet, tager det mig lang tid at falde til ro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig følelsesløs eller følelsesmæssigt lukket ned.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig som en fiasko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg ikke er noget værd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig fjern eller afskåret fra andre mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er svært for mig at forblive følelsesmæssigt tæt på andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du må meget gerne som behandler hjælpe med at forklare ord som oprevet (når du er meget ked af det, frustreret, bange eller vred), afskåret (at føle sig udelukket eller isoleret).

**Indenfor den sidste måned har ovenstående problemer relateret til dine følelser, overbevisninger om dig selv og dine forhold til andre:**

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Rigtig meget
Skabt bekymring eller ubehag i relation til dine forhold til andre eller dit sociale liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påvirket dit arbejde eller din arbejdsevne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påvirket nogen anden vigtig del af dit liv fx forælderrolle, skolearbejde/studier eller andre vigtige aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens stressfyldte oplevelser?**

---

---

---

---

---

**21. Har du nogensinde fået følgende psykiatrisk diagnose af en psykiater?**

- Depression
- Bipolar affektiv sindslidelse
- Angst
- PTSD
- ADHD
- Personlighedsforstyrrelse (f.eks. borderline)
- OCD (tvangstanker/handlinger)
- Autisme, Asperger (autisme-spektrum)
- Skizofreni
- Psykose
- Andet hvilke(n) \_\_\_\_\_
- Ingen diagnose
- Ønsker ikke at oplyst

**22. Har du aktuelt kontakt til psykiatrien/psykiater?**

- Ja
- Nej

**23. Har du nogensinde fået ordineret medicin mod psykiske problemer? (f.eks. beroligende medicin, sovemedicin, medicin mod angst, depression, ADHD, psykose)**

- Ja  Nej (Hvis nej, spring spg. 23.1 og 23.2 over)

**23.1 Hvor mange dage har du taget medicin mod psykiske problemer i de sidste 30 dage?**

Dage: \_\_\_\_\_

**23.2 Hvilken medicin?**

Medicin 1 \_\_\_\_\_

Medicin 2 \_\_\_\_\_

Medicin 3 \_\_\_\_\_

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens psykiatriske forhold?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Strafbare forhold

**1. Har du været involveret i strafbare forhold inden for de sidste 30 dage? (f.eks. kørt bil i rusmiddelpåvirket tilstand, berigelseskriminalitet, salg af stoffer eller andet strafbart. OBS! Ikke brug af stoffer).**

- Ja (skriv hvilke strafbare forhold) \_\_\_\_\_
- Ja, ønsker ikke at uddybe
- Nej
- Ønsker ikke at svare

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens strafbare forhold?**

---

---

---

---

# Hverdag

## 1. Hvordan vil du selv beskrive kvaliteten af din egen søvn (sidste 30 dage)?

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

## 2. Hvor mange gange vågner du i gennemsnit pr nat (sidste 30 dage)?

- 0 gange
- 1 gang
- 2 gange
- 3 gange
- 4+ gange

## 3. Hvordan er du til at komme op om morgenen (sidste 30 dage)?

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

## 4. Hvordan vil du beskrive din kondition (sidste 30 dage)?

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

## 5. Hvordan vil du beskrive dine madvaner (sidste 30 dage)?

- Meget sunde
- Sunde
- Vekslende
- Usunde
- Meget usunde

## 6. Hvordan er du til at koncentrere dig? (sidste 30 dage)

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

**7. Hvor god er du til at planlægge din dag? (komme på arbejde/i skole, få betalt regninger, købt ind, komme op om morgenen, få gjort nødvendige ting og lignende) (sidste 30 dage)**

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

**8. Hvor god er du til at overholde aftaler? (med venner, forældre, vejledere/sagsbehandlere, kollegaer eller andre du skulle mødes med) (sidste 30 dage)**

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

**9. Hvordan er du til at få ryddet op, der hvor du opholder dig? (sidste 30 dage)**

- Meget god
- God
- Vekslende
- Dårlig
- Meget dårlig

**Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens hverdagsfunktion?**

---

---

---

---

---

## Fritidsinteresser

1. Har du inden for de sidste 30 dage dyrket nogen form for sport eller hobby?

(F.eks. fodbold, fitness, lave mad, læse bøger, gaming, spille musik, gå ture eller noget helt andet som defineres af dig)

Ja  Nej (Hvis nej, spring spg. 1.1 over)

1.1 Hvilken type sport/hobby:

	Sport/hobby	Dage om ugen	Timer om dagen
Sport/hobby 1			
Sport/hobby 2			
Sport/hobby 3			

Til interviewer: Har du bemærkninger til borgerens fritidsinteresser?

---

---

---

---

---