

## GAD-7 självskattningsfrågor

*Har du under de senaste två veckorna besvärats av något av detta:*

|  | Inte Alls | Flera Dagar | Flertalet Dagar | Dagligen |
|--|-----------|-------------|-----------------|----------|
| Känt mig nervös, orolig, spänd                       | 0         | 1           | 2               | 3        |
| Inte kunnat låta bli att ängslas                     | 0         | 1           | 2               | 3        |
| Ängslats för mycket om olika saker                   | 0         | 1           | 2               | 3        |
| Haft svårt att koppla av                             | 0         | 1           | 2               | 3        |
| Varit så rastlös att det varit svårt att sitta still | 0         | 1           | 2               | 3        |
| Varit retlig och lättstörd                           | 0         | 1           | 2               | 3        |
| Varit rädd, som om något förfärligt skulle hända     | 0         | 1           | 2               | 3        |

Räkna samman poängen.

Summa poäng:

Om något av detta förekommit, hur påverkade det din arbetsförmåga, hemsysslor och relationer?

Inte alls   Lite   Mycket   Påtagligt störande