



Problemeinschätzungsbogen

Name des Patienten: _____

Bogen ausgefüllt von: _____

Datum: __.__.____

Um Ihrem Anliegen und Ihren Wünschen an die Behandlung bestmöglich gerecht zu werden, benötigen wir erst folgende Angaben:

Benennen Sie bis zu fünf Alltagsprobleme mit denen Sie zu uns kommen und bewerten diese.

Problemeinschätzung	gering					sehr stark				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										