



**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
										