

# Familierapporteret resultatmåling (FROM-16)<sup>©</sup>

Fortroligt

Spørgsmålene nedenfor handler om, hvordan **dit** liv bliver berørt af dit familiemedlems sygdom **for øjeblikket**.

Sæt kryds i én firkant for hvert af de 16 spørgsmål.

## Du bedes besvare følgende spørgsmål

Din alder: \_\_\_\_\_

Dit køn: Mand/kvinde

Din familierelation til patienten: \_\_\_\_\_

Patientens diagnose: \_\_\_\_\_

### 1. del: Følelsesmæssigt

På baggrund af mit familiemedlems lidelse:

Slet ikke

Lidt

Meget

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jeg er bekymret  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeg er vred  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jeg er trist   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jeg er frustreret  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Det er svært for mig at finde nogen at tale med om mine tanker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Det er svært at tage mig af mit familiemedlem                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 2. del: Privat- og socialliv

På baggrund af mit familiemedlems lidelse:

Slet ikke

Lidt

Meget

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Det er svært at finde tid til mig selv                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Min dagligdags færden bliver påvirket                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mine spisevaner bliver påvirket                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mine familieaktiviteter bliver påvirket                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jeg har problemer med at tage på ferie                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mit sexliv bliver påvirket                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mit arbejde eller studie bliver påvirket               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mit forhold til andre familiemedlemmer bliver påvirket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Min families udgifter er steget                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Min søvn bliver påvirket                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Du bedes tjekke, at du har besvaret samtlige spørgsmål. Mange tak.**

Kun til administrativ brug Score for 1. del (ud af 12) \_\_\_\_\_

Score for 2. del (ud af 20) \_\_\_\_\_

Totalscore (ud af 32) \_\_\_\_\_