

Outcome Rating Scale (ORS)

Name: _____ Alter: _____

Nr.: _____ Geschlecht: M / W / D

Sitzung Nr.: _____ Datum: _____

Wenn Sie über die letzte Woche einschließlich heute zurückblicken, wie haben Sie sich gefühlt?

Schätzen Sie bitte ein, wie es Ihnen in den folgenden Bereichen gegangen ist. Je mehr Sie ein Kreuz zum linken Ende der Linie hin setzen, desto schlechter ist es Ihnen in diesem Bereich gegangen, je weiter Sie dies nach rechts setzen, desto besser.

Ganz persönlich ist es mir gegangen:

I-----I

In Familie/nahen Beziehungen ist es mir gegangen:

I-----I

In Arbeit/Schule/Freundschaften ist es mir gegangen:

I-----I

Insgesamt ist es mir gegangen:

I-----I

Center for Clinical Excellence

centerforclinicalexcellence.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
übersetzt und modifiziert von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg