



Godzina wpływu:

Formularz rekrutacyjny uczestników

DANE PROJEKTU	Tytuł projektu	Profilaktyka zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego			
	Nr projektu	RPPD.2.05.00-20-0019/18			
	Oś priorytetowa	II: Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa			
	Działanie	2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się			
	Priorytet inwestycyjny	8.6 Aktywne i zdrowe starzenie się			
	Termin realizacji projektu	od	01.12.2019 r.	do	30.06.2023 r.
<p>Wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty).</p> <p>Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól wniosku z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: <i>nie dotyczy</i>).</p>					
I. Dane podstawowe					
DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA	Nazwisko				
	Imię/ Imiona				
	PESEL				
	Data urodzenia	/	/	<i>format dd/mm/rrrr</i>	
	Wiek w chwili aplikacji do projektu				
	Płeć	Kobieta		Mężczyzna	
	Miejsce urodzenia (<i>miejsowość, województwo</i>)				
	Poziom wykształcenia	Brak		Ponadgimnazjalne	
		Podstawowe		Pomaturalne	
Gimnazjalne			Wyższe		
Adres zamieszkania					



	Ulica, nr domu, nr mieszkania			
	Kod/Miejscowość			
	Województwo		Gmina	
	Powiat			
	Adres korespondencyjny			
	Ulica, nr domu, nr mieszkania			
	Kod/Miejscowość			
	Dane kontaktowe			
	Telefon stacjonarny		<input type="checkbox"/>	nie posiadam
	Telefon komórkowy		<input type="checkbox"/>	nie posiadam
	E-mail		<input type="checkbox"/>	nie posiadam

II. Status Kandydatki/Kandydata

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	



- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- rolnik

W tym (proszę zaznaczyć jeśli w punkcie II. Osoba pracująca zaznaczono „tak”)

- inny
- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel kształcenia przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik

Zatrudniony/a w: (proszę podać konkretne miejsce pracy w tym NIP)

III. Informacje dodatkowe

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK



	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI
<i>Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, numer telefonu)</i>	

Oświadczam, iż

- Powyższe dane są zgodne z prawdą.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. **Profilaktyka zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego**, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@miir.gov.pl);
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@miir.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - NZOZ „MD CARE” Sp. z o.o., Dworaki Stańki 46, 18-218 Sokoły, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Podstawowa Opieka Zdrowotna" Józef Malinowski, Jacek Lubecki, Marek Romanowicz, Marek Stojak s.c.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;

- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU/ OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ
W REALIZACJI PROJEKTU*

Skala PSS - 10

PESEL

Pytania zawarte w tej skali dotyczą Twoich myśli, odczuć związanych z doświadczeniami w ostatnim miesiącu zdarzeniami. W każdym pytaniu należy wskazać - jak często myślałeś/aś i odczuwałeś/aś w podany sposób. Mimo znacznych podobieństw są to różne pytania i każde z nich należy traktować oddzielnie. Najlepiej na każde pytanie odpowiadać w miarę szybko, wybierając tę odpowiedź, która wydaje się najbardziej trafna. Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiednią cyfrę od 0 do 4, zgodnie z podanym poniżej znaczeniem:

0 - nigdy 1 - prawie nigdy 2 - czasem 3 - dość często 4 - bardzo często

1	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś/aś zdenerwowany/a, ponieważ zdarzyło się coś niespodziewanego?	0	1	2	3	4
2	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że ważne sprawy w Twoim życiu wymykają ci się spod kontroli?	0	1	2	3	4
3	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś/aś zdenerwowanie i napięcie?	0	1	2	3	4
4	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś/aś przekonany/a, że jesteś w stanie poradzić sobie z problemami osobistymi?	0	1	2	3	4
5	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że sprawy układają?	0	1	2	3	4
6	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca stwierdziłeś/aś, że nie radzisz sobie ze wszystkimi obowiązkami?	0	1	2	3	4
7	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca potrafiłeś/aś opanować swoje rozdrażnienie?	0	1	2	3	4
8	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że wszystko ci wychodzi?	0	1	2	3	4
9	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca złościłeś/aś się ponieważ nie miałeś/aś wpływu na to co się zdarzyło?	0	1	2	3	4
10	Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/aś, że nie możesz przezwyciężyć narastających trudności?	0	1	2	3	4

Dodatkowe pytanie do PSS-10

11	Największym zagrożeniem psychologicznym w miejscu pracy jest:
	<p>A. Presja czasu lub nadmierne obciążenie ilością pracy</p> <p>B. Przemoc lub zagrożenie przemocą oraz nękanie lub zastraszanie</p> <p>C. Stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie</p> <p>D. inne: sprecyzuj.....</p>

Skala SCL - 90

PESEL

Masz przed sobą listę różnych dolegliwości i problemów, na które ludzie nieraz się skarżą. Będą wśród nich i te, które Ty sam w różnym stopniu odczuwasz. Przy każdym pytaniu w miejscu wy kropkowanym należy określić, jak bardzo odczuwa się daną dolegliwość lub problem:

0 - wcale 1 - nieznacznie 2 - umiarkowanie 3 - znacznie 4 - bardzo silnie

Czytaj uważnie kolejne pytania i zaznacz wg wzoru podanego poniżej jeden z pięciu punktów, ten, który wg Ciebie najlepiej określa **JAK BARDZO ODCZUWASZ DANĄ DOLEGLIWOŚĆ LUB PROBLEM W OKRESIE OSTATNICH 4 TYGODNI, DO DZIŚ.**

1	Boli mnie głowa.	0	1	2	3	4
2	Odczuwam zdenerwowanie lub niepokój wewnętrzny.	0	1	2	3	4
3	Nachodzą mnie myśli, słowa lub wyobrażenia, od których nie mogę się uwolnić.	0	1	2	3	4
4	Mam uczucie omdlewania lub zawroty głowy.	0	1	2	3	4
5	Zauważam brak zainteresowania seksem lub brak zadowolenia z życia seksualnego.	0	1	2	3	4
6	Wyczuwam, że inni są krytycznie do mnie nastawieni.	0	1	2	3	4
7	Sądzę, że inni mogą wpływać na moje myśli.	0	1	2	3	4
8	Czuję, że inni są odpowiedzialni za większość moich kłopotów.	0	1	2	3	4
9	Mam kłopoty z pamięcią.	0	1	2	3	4
10	Przeszkadza mi niestaranność i niedokładność.	0	1	2	3	4
11	Łatwo się irytuję lub denerwuję się.	0	1	2	3	4
12	Odczuwam bóle serca lub bóle w klatce piersiowej.	0	1	2	3	4
13	Czuję lęk na otwartej przestrzeni lub na ulicy.	0	1	2	3	4
14	Odczuwam spadek energii lub spowolnienie.	0	1	2	3	4
15	Myślę o skończeniu ze sobą.	0	1	2	3	4
16	Słyszę głosy, których nie słyszą inni.	0	1	2	3	4
17	Jestem roztrzęsiony.	0	1	2	3	4
18	Czuję, że ludziom nie można wierzyć.	0	1	2	3	4
19	Nie mam apetytu.	0	1	2	3	4
20	Łatwo płaczę.	0	1	2	3	4
21	Jestem nieśmiały lub skrępowany wobec płci przeciwnej.	0	1	2	3	4
22	Czuje się tak, jakbym był osaczony lub znajdował się w sytuacji bez wyjścia.	0	1	2	3	4
23	Odczuwam nagły lęk bez powodu.	0	1	2	3	4

Skala SCL - 90

24	Wybucham złością nie mogąc się opanować.	0	1	2	3	4
25	Boję się wyjść sam z domu.	0	1	2	3	4
26	Czuję się winny z różnych powodów.	0	1	2	3	4
27	Odczuwam bóle krzyża.	0	1	2	3	4
28	Kiedy mam coś zrobić, ogarnia mnie uczucie niemożności.	0	1	2	3	4
29	Czuję się samotny.	0	1	2	3	4
30	Jestem smutny.	0	1	2	3	4
31	Zanadto się wszystkim przejmuję.	0	1	2	3	4
32	Nic mnie nie interesuje.	0	1	2	3	4
33	Jestem załęczony.	0	1	2	3	4
34	Łatwo mnie urazić.	0	1	2	3	4
35	Inni ludzie znają moje myśli.	0	1	2	3	4
36	Mam wrażenie, że inni mnie nie rozumieją.	0	1	2	3	4
37	Mam wrażenie, że ludzie są nieprzyjaźnie do mnie nastawieni lub mnie nie lubią.	0	1	2	3	4
38	Muszę wszystko robić bardzo powoli, bo zależy mi na dokładności.	0	1	2	3	4
39	Odczuwam kołatanie lub przyspieszone bicie serca.	0	1	2	3	4
40	Odczuwam mdłości lub inne dolegliwości żołądkowe.	0	1	2	3	4
41	Czuję się gorszy w porównaniu z innymi.	0	1	2	3	4
42	Odczuwam bóle mięśniowe.	0	1	2	3	4
43	Czuję, że ludzie mnie obserwują lub rozmawiają o mnie.	0	1	2	3	4
44	Trudno mi zasnąć.	0	1	2	3	4
45	Muszę wielokrotnie sprawdzać wszystko co robię.	0	1	2	3	4
46	Trudno mi się na coś zdecydować.	0	1	2	3	4
47	Boję się jeździć autobusem, tramwajem lub pociągiem.	0	1	2	3	4
48	Mam trudności w oddychaniu.	0	1	2	3	4
49	Nagle robi mi się zimno lub gorąco.	0	1	2	3	4
50	Muszę unikać pewnych rzeczy, miejsc lub czynności, których się obawiam.	0	1	2	3	4
51	Mam wrażenie pustki w głowie.	0	1	2	3	4
52	Odczuwam drętwienia lub mrowienia w jakiejś części ciała.	0	1	2	3	4
53	Odczuwam dławienie w gardle.	0	1	2	3	4
54	Przyszłość widzę beznadziejnie.	0	1	2	3	4
55	Trudno mi się na czymś skoncentrować.	0	1	2	3	4
56	Czuję osłabienie w jakiejś części ciała.	0	1	2	3	4
57	Czuję się wewnętrznie napięty lub usztywniony.	0	1	2	3	4

Skala SCL - 90

PESEL

58	Mam uczucie ciężaru w rękach lub nogach.	0	1	2	3	4
59	Myślę o śmierci lub sprawach z nią związanych.	0	1	2	3	4
60	Jem za dużo.	0	1	2	3	4
61	Czuję się niepewnie, kiedy ktoś na mnie patrzy lub mówi o mnie.	0	1	2	3	4
62	Mam myśli, które nie są moje własne.	0	1	2	3	4
63	Mam chęć uderzyć, zranić lub skrzywdzić kogoś.	0	1	2	3	4
64	Budzę się nad ranem.	0	1	2	3	4
65	Mam przymus powtarzania niektórych czynności.	0	1	2	3	4
66	Mam niespokojny lub przerywany sen.	0	1	2	3	4
67	Mam chęć rozbijać lub niszczyć przedmioty.	0	1	2	3	4
68	Czuję, że niektórych moich myśli lub poglądów nikt nie podziela.	0	1	2	3	4
69	Czuję się bardzo skrępowany wobec ludzi.	0	1	2	3	4
70	Czuję się niepewnie w tłumie, np. w sklepie, w kinie.	0	1	2	3	4
71	Czuję, że robienie czegokolwiek wymaga ode mnie wysiłku.	0	1	2	3	4
72	Mam napady gwałtownego przerażenia lub paniki.	0	1	2	3	4
73	Czuję się skrępowany przy wspólnych posiłkach.	0	1	2	3	4
74	Często się kłócę.	0	1	2	3	4
75	Odczuwam niepokój, kiedy zostaję sam.	0	1	2	3	4
76	Czuję, że inni nie doceniają moich osiągnięć.	0	1	2	3	4
77	Czuję się samotny nawet wśród ludzi.	0	1	2	3	4
78	Jestem tak niespokojny, że nie mogę usiedzieć w miejscu.	0	1	2	3	4
79	Czuję się bezwartościowy.	0	1	2	3	4
80	Mam wrażenie, że znane rzeczy stały się dziwne lub nierzeczywiste.	0	1	2	3	4
81	Krzyczę lub rzucam przedmiotami.	0	1	2	3	4
82	Boję się, że zemdleję w obecności innych ludzi.	0	1	2	3	4
83	Czuję, że ludzie wykorzystaliby mnie, gdybym im na to pozwolił.	0	1	2	3	4
84	Bardzo dręczą mnie myśli o sprawach seksualnych.	0	1	2	3	4
85	Myślę, że powinienem zostać ukarany za swoje grzechy.	0	1	2	3	4
86	Czuję wewnętrzną konieczność robienia czegoś.	0	1	2	3	4
87	Myślę, że z moim ciałem dzieje się coś złego.	0	1	2	3	4
88	Czuję, że nikt nie jest mi bliski.	0	1	2	3	4
89	Czuję się winny.	0	1	2	3	4
90	Myślę, że mój stan psychiczny nie jest w porządku.	0	1	2	3	4

Kwestionariusz objawowy „0”

PESEL

Pytania tego kwestionariusza odnoszą się do dolegliwości i trudności, które niekiedy występują w przebiegu nerwicy. Informacja, które z nich pojawiły się w ciągu ubiegłych 7 dni, pozwoli lepiej zrozumieć, co Pani/Panu aktualnie dolega. Prosimy o uważne przeczytanie każdego pytania i zaznaczenie odpowiedzi najlepiej określającej, w jakim stopniu ta dolegliwość była uciążliwa.

Jeśli w tym okresie w ogóle nie występowała, proszę zaznaczyć kółkiem znak "0".

Jeśli występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa, proszę zaznaczyć kółkiem literę "a".

Jeśli była średnio uciążliwa, proszę zaznaczyć kółkiem literę "b".

Jeśli była bardzo uciążliwa, proszę otoczyć kółkiem literę "c".`

Prosimy o odpowiadanie na pytania możliwie szybko, ale rzetelnie.

1	Lęk stale pojawiający się w czasie przebywania na balkonach, mostach, nad przepaścią	0	a	b	c
2	Uczucie smutku, przygnębienia	0	a	b	c
3	Dławienie w gardle, uczucie jakby "kuli w gardle"	0	a	b	c
4	Ciągłe uczucie lęku bez przyczyny	0	a	b	c
5	Częsty płacz	0	a	b	c
6	Uczucie smutku, przygnębienia, osłabienia po obudzeniu się rano, ustępujące w ciągu dnia	0	a	b	c
7	Niezadowolenie z życia seksualnego	0	a	b	c
8	Wrażenie, że znane przedmioty stały się dziwne i obce	0	a	b	c
9	Wymioty w sytuacjach zdenerwowania	0	a	b	c
10	Złe samopoczucie w dużym towarzystwie	0	a	b	c
11	Swędzenie skóry, szybko ustępujące wysypki	0	a	b	c
12	Wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane, np. drzwi zamknięte, gaz zakręcony, itp.	0	a	b	c
13	Skurcze mięśniowe, stale powstające przy wykonywaniu pewnych tylko czynności, np. skurcze palców dłoni przy pisaniu, grze na instrumentach muzycznych, itp.	0	a	b	c
14	Zawroty głowy	0	a	b	c
15	Brak samodzielności	0	a	b	c
16	Uczucie dokuczliwego, wewnętrznego napięcia	0	a	b	c
17	Odnajdywanie u siebie oznak różnych poważnych chorób	0	a	b	c
18	Natrętnie nasuwające się, przeszkadzające, uporczywe myśli, słowa, wyobrażenia	0	a	b	c
19	Straszne sny, koszmary senne	0	a	b	c
20	Szybkie, silne bicie serca nieuzasadnione wysiłkiem fizycznym	0	a	b	c
21	Lęk lub/i inne przykre doznania stale występujące, gdy wokół nie ma ludzi, np. w pustym mieszkaniu	0	a	b	c
22	Silne poczucie winy, oskarżanie się	0	a	b	c
23	Utrata czucia w jakiejś części ciała (skóra)	0	a	b	c
24	Paraliżujący, niewytłumaczalny lęk uniemożliwiający jakiekolwiek działanie	0	a	b	c
25	Głębokie, intensywne przeżywanie przykrych wrażeń	0	a	b	c

Kwestionariusz objawowy „0”

26	Pogorszenie pamięci	0	a	b	c
27	Trudności we współżyciu seksualnym, np. z powodu bolesnego skurczu mięśni u kobiet, brak wzwodu lub przedwczesny wytrysk u mężczyzn, itp.	0	a	b	c
28	Odczucie, że świat (otoczenie) jest jakby za mgłą	0	a	b	c
29	Przeszkadzający w działaniu ból głowy	0	a	b	c
30	Męczące uczucie braku kogokolwiek bliskiego	0	a	b	c
31	Wzdęcia, bezwiedne oddawanie gazów	0	a	b	c
32	Wielokrotne powtarzanie tych samych bezsensownych czynności	0	a	b	c
33	Jąkanie	0	a	b	c
34	Odczucie uderzenia krwi do głowy	0	a	b	c
35	Utrudniająca życie niepewność siebie	0	a	b	c
36	Przeszkadzające w działaniu roztrągnięcie	0	a	b	c
37	Absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby	0	a	b	c
38	Ciężka walka z natrętnie powracającymi myślami o tym, żeby komuś zrobić krzywdę, obrazić kogoś	0	a	b	c
39	Trudności w zasypianiu	0	a	b	c
40	Ból serca	0	a	b	c
41	Lęk stale pojawiający się w czasie przebywania w poruszających się pojazdach, pociągach, autobusach	0	a	b	c
42	Utrata wiary we własne siły	0	a	b	c
43	Przejęciowy bezwład, porażenie rąk lub nóg	0	a	b	c
44	Ataki panicznego przerażenia	0	a	b	c
45	Uleganie silnym, głębokim wzruszeniom	0	a	b	c
46	Odczucie, że myśli się znacznie trudniej, mniej jasno niż zazwyczaj	0	a	b	c
47	Niechęć do podejmowania kontaktów seksualnych z osobami przeciwnej płci	0	a	b	c
48	Odczucie, że otaczający świat jest nierzeczywisty	0	a	b	c
49	Suchość w ustach	0	a	b	c
50	Unikanie ludzi, nawet bliskich znajomych	0	a	b	c
51	Omdlenia	0	a	b	c
52	Nie dająca się opanować wewnętrzna konieczność wykonywania niepotrzebnych ruchów, np. wielokrotnego niepotrzebnego mycia rąk, niepotrzebnego dotykania czegoś, itp.	0	a	b	c
53	Gwałtowne, niezależne od woli ruchy ("tiki")	0	a	b	c
54	Brak apetytu	0	a	b	c
55	Nieporadność, niezaradność życiowa	0	a	b	c
56	Nerwowość, chaotyczność w ruchach zmniejszająca sprawność działania	0	a	b	c
57	Ciągle zwracanie uwagi na czynności ciała, np. na akcję serca, tętno, trawienie, itp.	0	a	b	c
58	Natrętnie nasuwające się wbrew woli myśli o nieprzyzwoitej lub bluźnierczej treści	0	a	b	c
59	Napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy	0	a	b	c
60	Poczucie zimna lub/i gorąca bez uchwytneho powodu	0	a	b	c
61	Lęki pojawiające się zawsze w czasie przebywania w otwartej przestrzeni, np. na rozległym placu	0	a	b	c
62	Chęć odebrania sobie życia	0	a	b	c

Kwestionariusz objawowy „0”

PESEL

63	Okresowe niedowidzenie lub niedosłyszenie	0	a	b	c
64	Niepokój	0	a	b	c
65	Nieemożność pohamawonia wyrażania swoich uczuć, bez względu na konsekwencje	0	a	b	c
66	Trudności w koncentracji, skupieniu uwagi	0	a	b	c
67	Znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego	0	a	b	c
68	Wrażenie obcości własnego ciała	0	a	b	c
69	Biegunki	0	a	b	c
70	Zawstydzienie, skrępowanie w obecności płci przeciwnej	0	a	b	c
71	Lęk lub/i inne przykre doznania występujące tylko w czasie przebywania w zamkniętych pomieszczeniach	0	a	b	c
72	Zwolnienie ruchów i myśli, apatia	0	a	b	c
73	Niemota, nieemożność wydobycia głosu, nagle pojawiająca się i ustępująca	0	a	b	c
74	Zaparcia	0	a	b	c
75	Poczucie, że jest się gorszym niż inni ludzie	0	a	b	c
76	Rozbijanie, miażdżenie, niszczenie przedmiotów w złości lub zdenerwowaniu	0	a	b	c
77	Obawa o swój stan zdrowia, uczucia lęku przed zachorowaniem na jakąś poważną chorobę	0	a	b	c
78	Uporczywe, natrętnie narzucające się, niepotrzebne liczenie, np. przedmiotów, latarni, samochodów, itp.	0	a	b	c
79	Częste budzenie się w nocy	0	a	b	c
80	Czerwienienie się na twarzy, szyi, klatce piersiowej	0	a	b	c
81	Uczucie lęku powstające wtedy, gdy znajdujesz się w gęstym tłumie	0	a	b	c
82	Pesymizm, przewidywanie niepowodzeń i klęsk w przyszłości	0	a	b	c
83	Zasłabnięcia zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach	0	a	b	c
84	Nieuzasadnione poczucie zagrożenia	0	a	b	c
85	Nieoczekiwane, burzliwe przeżycie radości, szczęścia, zachwycenia	0	a	b	c
86	Stale utrzymujące się uczucie zmęczenia	0	a	b	c
87	Przykre uczucia związane z uprawieniem samogwałtu	0	a	b	c
88	Uczucie życia jak we śnie	0	a	b	c
89	Drżenie mięśni rąk, nóg lub całego ciała	0	a	b	c
90	Poczucie, że łatwo ulegasz wpływom innych ludzi	0	a	b	c
91	Dolegliwości alergiczne, takie jak katar sienny, szybko powstające i ustępujące obrzęki, itp.	0	a	b	c
92	Wewnętrzny przymus wykonywania wszystkich czynności bardzo powoli i pedantycznie	0	a	b	c
93	Skurcze mięśni w różnych częściach ciała	0	a	b	c
94	Gromadzenie się nadmiernej ilości śliny w ustach	0	a	b	c
95	Pograżanie się w marzeniach na jawie	0	a	b	c
96	Nie dające się opanować wybuchy złości, gniewu	0	a	b	c
97	Odczucie, że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą twojemu życiu chorobę	0	a	b	c
98	Nadmierne pragnienie	0	a	b	c
99	Bezsenność	0	a	b	c

Kwestionariusz objawowy „0”

100	Uczucie zimna i/lub gorąca powstające bez uzasadnionego powodu	0	a	b	c
101	Silny lęk przed przedmiotami, zwierzętami lub miejscami, których nie ma powodu się bać	0	a	b	c
102	Brak sił i energii do jakiegokolwiek działania	0	a	b	c
103	Trudności w oddychaniu, np. brak tchu, duszność, pojawiające się nagle i po chwili ustępujące	0	a	b	c
104	Odczucie tremy, niepokoju przed jakimiś wydarzeniami, spotkaniami, itp.	0	a	b	c
105	Odczucie, że nikt cię nie docenia	0	a	b	c
106	Zmniejszenie szybkości myślenia, utrata bystrości	0	a	b	c
107	Bóle lub inne dolegliwości narządów płciowych	0	a	b	c
108	Wrażenie, że już się widziało coś, co się na pewno widzi pierwszy raz	0	a	b	c
109	Przykre odczucia lub ból powstające pod wpływem hałasu, jasnego światła, lekkiego dotyku	0	a	b	c
110	Odczucie, że ludzie są do Ciebie nieprzyjawnie nastawieni	0	a	b	c
111	Bezwiedne oddawanie moczu, np. w czasie snu	0	a	b	c
112	Nadużywanie alkoholu	0	a	b	c
113	Mimowolne drżenie powiek, twarzy, głowy lub innych części ciała	0	a	b	c
114	Dokuczliwe pocenie się w momentach zdenerwowania	0	a	b	c
115	Uczucie ulegania otoczeniu, podporządkowywania się	0	a	b	c
116	Ciągłe uczucie złości, gniewu	0	a	b	c
117	Nieokreślone, wędrujące bóle	0	a	b	c
118	Uczucie buntu, zbuntowania	0	a	b	c
119	Uczucie senności w ciągu dnia, trudne do opanowania i zmuszające do zaśnięcia przynajmniej na chwilę niezależnie od okoliczności	0	a	b	c
120	Odczucie uderzenia krwi do głowy	0	a	b	c
121	Lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża	0	a	b	c
122	Uczucie, że się jest gorszym niż inni ludzie	0	a	b	c
123	Zaburzenia równowagi	0	a	b	c
124	Lęk, że stanie się lub zrobi się samemu coś strasznego, np. że się wyskoczy przez okno, że nastąpi katastrofa, itp.	0	a	b	c
125	Uczucie braku zainteresowania otoczenia Twoimi sprawami i Twoją osobą	0	a	b	c
126	Natłok myśli	0	a	b	c
127	U kobiet zaburzenia miesiączkowania	0	a	b	c
128	Uczucie bladeści, małej intensywności wrażeń	0	a	b	c
129	Uczucie napięcia mięśni	0	a	b	c
130	Potrzeba samotności	0	a	b	c
131	Pieczenie w przelyku, zgaga	0	a	b	c
132	Konieczność częstego oddawania moczu	0	a	b	c
133	Skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy	0	a	b	c
134	Bóle mięśniowe, np. bóle w krzyżach, klatce piersiowej, itp.	0	a	b	c
135	Szum w uszach	0	a	b	c
136	Nudności, mdłości	0	a	b	c
137	Obniżenie potencji płciowej	0	a	b	c
138	Wrażenie, że się już było w jakimś miejscu lub jakiejś sytuacji, w której się jest pierwszy raz	0	a	b	c