

**Globale Symptomveränderungsskala****GSS**

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: \_\_\_\_\_

Symptom	Verschlechterung				Verbesserung		
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3
_____	- 3	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	+ 3