

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