****

**FreBAQ**

Posługując się poniższą skalą wskaż w jakim stopniu miałaś wskazane odczucia względem Twojej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tu wpisz Twoją bolesną część ciała np. kość ogonowa/miednica/okolica krocza/przedsionek pochwy itd.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NIGDY**  | **RZADKO**  | **CZASAMI**  | **CZĘSTO**  | **ZAWSZE**  |
| **1. Moja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydaje się nie być integralną częścią mojego ciała**  |  |  |  |  |  |
| **2. Musze skupić się na mojej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ by poruszyć nią w taki sposób jak chcę**  |  |  |  |  |  |
| **3. Czuję jakby moja** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **poruszała się bez mojej kontroli**  |  |  |  |  |  |
| **4. W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna jak porusza się moja** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  |  |  |  |  |
| **5. W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna pozycji/ułożenia mojej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  |  |  |  |  |
| **5. Nie jestem w stanie poczuć dokładnego kształtu mojej** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  |  |  |  |  |
| **6. Moja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **często wydaje się powiększona/spuchnięta**  |  |  |  |  |  |
| **7. Moja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydaje się obkurczona**  |  |  |  |  |  |
| **8. Moja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydaje się niesymetryczna**  |  |  |  |  |  |