

**2**

# Daten aktueller Befindlichkeit nach Behandlungs-Ende

Name: [Redacted] Datum: 01.11.16 Uhrzeit: 08:45



Kreuzen Sie bitte in den nachfolgenden Spalten die Intensitäten Ihrer Schmerzen und Beschwerden an, die Ihrem subjektiven Empfinden **30 Minuten nach Behandlungs-Ende** am ehesten entsprechen

## Somatosensorische Symptome

0 = keine Beschwerden 10 = stärkste Beschwerden

Kopf- und Gesichts-Schmerzen			bzw. • Druck			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
❖ Hinterkopf	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
❖ Scheitel	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
❖ Stirn	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
❖ Schläfe	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
❖ Auge	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input checked="" type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
❖ Kiefer	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
❖ ganzer Kopf	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Druck	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Nacken-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Schulter-Arm-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Finger-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Rücken-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Brust-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Hüft-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Bein-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
◆ Unterbauch-Schmerzen			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

## Sensomotorische Symptome

◆ Seh-Störungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Licht- und Lärmscheu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Ohrgeräusche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Neurovegetative Symptome

◆ Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Erbrechen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Mattigkeit / Schläfrigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Ein- und Durchschlaf-Störungen	Beurteilung nur morgens!										
◆ kalte Hände und / oder Füße	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Kloßgefühl im Hals	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Schweißausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Psychovegetative Symptome

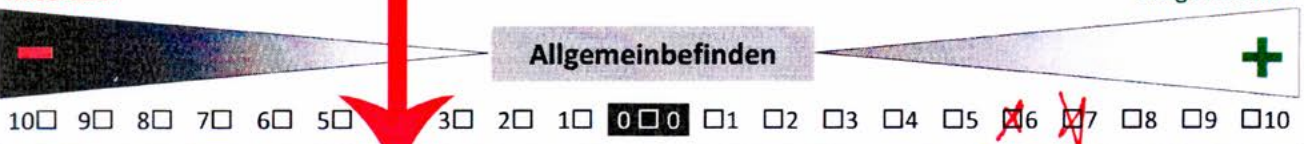
◆ Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Antriebschwäche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Merk- und Konzentrations-Störungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Wortfindungs-Störungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Depressive Verstimmungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Depressionen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Aggressionen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Angst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Koordinative Symptome

◆ Benommenheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Gangunsicherheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◆ Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

miserabel

ausgezeichnet



Gesamtpunktzahl:  
ohne Allgemeinbefinden

**9**

Unterschrift:

[Redacted Signature]