

Selbstbeobachtung nach der Therapie

Das folgende Protokoll soll Ihnen helfen, in der ersten Zeit nach der Therapie besonders auf ein mögliches Wiederauftreten von Symptomen zu achten. Bitte tragen Sie in das Protokoll zunächst ein, welche Symptome Sie in den nächsten Wochen beobachten wollen und woran Sie möglichst früh erkennen, dass ein Symptom erneut bzw. wieder stärker auftritt.

Bitte beurteilen Sie in den nächsten Wochen jeweils alle sieben Tage, ob und wie stark diese Frühwarnzeichen aufgetreten sind. Tragen Sie die Tage, an denen Sie die Beurteilung vornehmen wollen, in den Bogen fest ein.

Bitte tragen Sie auf der zweiten Hälfte des Bogens zusätzlich ein, wann Sie besondere Maßnahmen gegen das Wiederauftreten des Symptoms ergreifen müssen und welche genau das sind.

		Datum					
		Woche 1: _ . _ . _ .	Woche 2: _ . _ . _ .	Woche 3: _ . _ . _ .	Woche 4: _ . _ . _ .	Woche 5: _ . _ . _ .	Woche 6: _ . _ . _ .
Problembereich 1:							
Frühwarnzeichen:	Ausprägung:						
	5 – extrem stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 – stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 – deutlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 – mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 – gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problembereich 2:							
Frühwarnzeichen:	Ausprägung:						
	5 – extrem stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 – stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 – deutlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 – mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 – gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allgemeines Befinden							
schlecht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittelmäßig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maßnahmen im Falle einer Verschlechterung

Wann müssen Sie auf Anzeichen des Wiederauftretens eines Symptoms reagieren?
(z. B. Wenn zwei Wochen hintereinander mindestens mittlere Ausprägung der Frühwarnzeichen)

Problembereich 1:

Problembereich 2:

Was wollen Sie in so einem Fall tun?
(z. B. erneute Übungen planen, Therapieaufzeichnungen durchgehen, Therapeuten kontaktieren etc.)

Problembereich 1:

Problembereich 2:

Anmerkungen/Notizen: