

Neurofeedback Symptomverfolgung

- Erwachsene / Eltern

Name: _____ Datum: _____

Bitte schätzen Sie auf einer Bewertungsskala von 0-10 ein, ob bzw. inwieweit die folgenden Eigenschaften auf Sie/ auf ihr Kind zutreffen.

(0= trifft gar nicht zu; 1= trifft ein wenig zu... 10= tritt sehr häufig auf, ist stark ausgeprägt)

1. Kategorie Schlaf

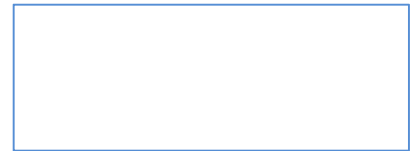
1	Alpträume / lebhafte Träume		10	Bruxismus / Zähneknirschen	
2	Restless Legs Syndrom / Unruhige Beine		11	Einschlafschwierigkeiten	
3	Durchschlafstörungen		12	Nächtliches Einnässen - Enuresis nocturna	
4	Nachtschrecken (aufwachen und schreien)		13	Narkolepsie - Schlafkrankheit	
5	Nächtliches Schwitzen		14	Schlafwandeln	
6	Schlafapnoe – Atemstillstand		15	Sprechen im Schlaf	
7	Unregelmäßige Bettgeh- und Aufwachzeiten		Sonstiges:		
8	Unruhiger Schlaf				
9	Aufwachschwierigkeiten				

2. Kategorie Aufmerksamkeit und Lernen

16	Ablenkbarkeit		29	Geringer Menschenverstand	
17	Langsames Denken		30	Schlechte Aufrechterhaltung der Konzentration	
18	Schlecht in Mathe		31	Schlechte Wortfindung	
19	Schlechte Zeichenfähigkeit		32	Schlechtes Kurzzeitgedächtnis	
20	Schlechtes Zuhören		33	Schwaches Ausdrucksvermögen	
21	Schwierigkeiten - Aufgaben zu beenden		34	Schwierigkeiten - Entscheidungen zu treffen	
22	Schwierigkeiten - klar zu denken (Chaos im Kopf)		35	Schwierigkeiten Anweisungen zu befolgen	
23	Schwierigkeiten - die Aufmerksamkeit zu wechseln		36	Schwierigkeiten Namen zu erinnern	
24	Schwierigkeiten - sich zeitlich zu organisieren		37	Unmotiviert	

Neurofeedback Symptomverfolgung

- Erwachsene / Eltern



25	Schwierigkeiten - Unterhaltungen zu verstehen/folgen		Sonstiges:
26	Unsaubere Handschrift		
27	Geringer Wortschatz		
28	Leseschwierigkeiten		

3. Kategorie Sensorisch/Wahrnehmung

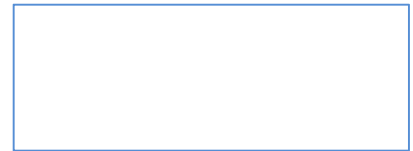
38	Geräuschempfindlichkeit		46	Somatosensorische Defizite (geringes Gespür)	
39	Mangelndes Körperbewusstsein		47	Tinnitus (Ohrenpfeifen)	
40	Kraftdosierung		48	Visuelle Hypersensibilität	
41	Schwindel		49	Schwierigkeiten wesentliche Informationen auszufiltern	
42	Taktile Hypersensibilität		Sonstiges:		
43	Visuelle Defizite (neurologisch)				
44	Chemische Sensibilität				
45	Muskelschwäche				

4. Kategorie Verhalten

50	Aggressives Verhalten		65	Autistische Selbststimulierung	
51	Anorexia/Magersucht		67	Hyperaktivität	
52	Exzessives Reden		68	Tendenz immer im Mittelpunkt zu stehen durch albernes Verhalten	
53	Impulsivität		69	Mangel an Sinn für Humor	
54	Geringes Hungergefühl		70	Mangelnder Augenkontakt	
55	Mangel an sozialen Interessen		71	Motorische oder vokale Tics	
56	Manipulatives Verhalten		72	Oppositionelles oder Trotzverhalten	
57	Nägelkauen		73	Schlechte soziale oder emotionale Resonanz	
58	Schlechte Artikulation (spricht undeutlich)		74	Stottern	
59	Selbstverletzendes Verhalten		75	Unflexibel	
60	Suchtverhaltensweisen		76	Häufiges Weinen	

Neurofeedback Symptomverfolgung

- Erwachsene / Eltern



61	Unordentlich		77	Zwanghaftes Essen	
62	Wutanfälle		Sonstiges:		
63	Zwanghaftes Verhalten (Tendenz zur Beharrlichkeit und Wiederholung)				
64	Ängstlichkeit und Klammern				

5. Kategorie Emotional

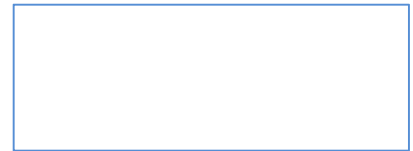
78	Ängste		90	Depressive Verstimmung	
79	Befürchtungen - übertriebene Sorgen		91	Dissoziative Episoden, Gefühl der Unwirklichkeit	
80	Emotionale Reaktivität		92	Leicht gereizt	
81	Gerät leicht in Verlegenheit		93	Mangel an emotionaler Bewusstheit	
82	Zeigt wenig Freude		94	Mangel an sozialer Bewusstheit	
83	Manische Phasen		95	Beharrliches wiedererleben von Traumata (Erinnerungen, Träume)	
84	Geringes Selbstbewusstsein		96	Panikattacken	
85	Schwierigkeiten sich zu beruhigen		97	Stimmungsschwankungen	
86	Suizidale Gedanken		98	Ungeduld	
87	Wahnvorstellungen/paranoide Gedanken		Sonstiges:		
88	Zwanghafte negative Gedanken				
89	Unruhig/rastlos				

6. Kategorie Körperlich

99	Allergien		115	Enkopresis / Einkoten	
100	Asthma		116	Hoher Blutdruck	
101	Chronische Verstopfung		117	Müdigkeit/Erschöpfung	
102	Hautreizung (Ausschlag, Ekzem)		118	Muskelschwäche	
103	Hitzewallungen		119	Reflux - Sodbrennen	
104	Schwaches Immunsystem		120	Muskelsteifheit	

Neurofeedback Symptomverfolgung

- Erwachsene / Eltern



105	Krampfanfälle		121	Schlechte grobmotorische Koordination	
106	Muskelverspannung		122	Schwierigkeiten beim Gehen oder Bewegen	
107	Prämenstruelle Symptomatik		123	Spastik	
108	Reizdarm		124	Tachykardie / Herzrasen	
109	Schlechte feinmotorische Koordination		125	Übelkeit	
110	Schlechtes Gleichgewicht		126	Starker Zucker-Verlang und Empfindlichkeit	
111	Schwitzen		Sonstiges:		
112	Stress Inkontinenz (Urinverlust bei Husten, Niesen, Lachen...)				
113	Tremor - Zittern				
114	Ungeschicklichkeit				

7. Kategorie Schmerzen

127	Chronischer Schmerz		134	Ischias	
128	Gelenkschmerzen		135	Magenschmerzen	
129	Kieferschmerzen		136	Muskelschmerzen	
130	Migräne-Kopfschmerzen		137	Trigeminus-Neuralgie	
131	Spannungs-Kopfschmerzen		Sonstiges:		
132	Chronische Nervenschmerzen				
133	Fibromyalgie-Schmerzen				