

Datum	Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende	Erste Zeichen	Symptome	Angst (0-100)	Wo	Was	Kommentar

Symptome: Muskelanspannung, Ruhelosigkeit, Müdigkeit, Unkonzentriertheit, Reizbarkeit, Zittern, Herzklopfen, Schwindel, Übelkeit ...

Kommentar								
Konzentration während der Übung (0-100)								
Entspannung nach der Übung (0-100)								
Anspannung vor der Übung (0-100)								
Dauer (Min.)								
Datum								

Datum	Vermeidungsverhalten	Konfrontation	Angst zu Beginn (0-100)	Angst/Anspannung nachher (0-100)	Schwierigkeit (0-100)	Kommentar			

Datum:

Uhrzeit von: bis:

Beschreibung der Sorgenszene:

Bitte beschreiben Sie, was Sie sich nun vorstellen wollen. Wo sind Sie? Was passiert? Wie endet die Szene? Welche Empfindungen treten dabei auf?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie ist der denkbar schlimmste Ausgang dieser Szene?

.....
.....
.....

Nach der Vorstellungsübung:

Wie stark war die maximale Angst (0–100)?

Wie stark war die maximale Anspannung (0–100)?

Wie gut konnten Sie sich die Szene vorstellen (0–100)?

Welche Symptome traten während der Vorstellungsübung auf?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muskelanspannung | <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit | <input type="checkbox"/> Unkonzentriertheit |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | Andere | |

Kommentare:

Datum	Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende	Sorgeninhalt	Angst (0-100)	Symptome	Wo	Was	Kommentar

Symptome: Muskelanspannung, Ruhelosigkeit, Müdigkeit, Unkonzentriertheit, Reizbarkeit, Zittern, Herzklopfen, Schwindel, Übelkeit ...

Kommentar								
Anspannung (0-100)								
Angst (0-100)								
Vermeidungsverhalten Rückversicherungs- verhalten								
Anspannung (0-100)								
Angst (0-100)								
Sorgeninhalt								
Datum								