

Integrationsreflexe nach Dr. Kermani

>

Name, Vorname(ggf.Initialen)

>

>

Alter und ggf. Tel.Nr.

Schmerzlokalisierung (bitte einkreisen oder angeben):

Nacken---Rücken---Schulter---Hüfte---Knie---sonstiges:

>

Schmerzdauer: _____

>

Beurteilung der Methode:

>>

Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihr Schmerzempfinden am besten beschreibt.

>

Schmerzen vor der Behandlung:

von leicht bis stark (bitte einkreisen):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
leicht					mittel			stark	

nach der Behandlung:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
leicht					mittel			stark	

Entspannung : Ja/Nein Wärme: Ja/Nein emotionale Begleitreaktion: Ja/Nein

> Kommentar: _____

>

>

Verlaufsbeobachtung:

Wie lange war es besser gewesen ? _____

Wo war es besser: _____

Konnten Sie den Integrationsreflex in der Folge mit Erfolg durchführen?

>

Schmerzlinderung:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		leicht			mittel			stark		

>

sonstige Veränderungen:

Ich bin damit einverstanden, das meine Informationen im Rahmen einer Studie verwendet werden. Ja/Nein und stehe für Nachfragen zur Verfügung Ja/Nein.

Datum : _____ ggf. Name od. Unterschrift: _____