

Dato

Basis information om klienten

Informér om tavshedspligt og opbevaring af informationer

Fulde navn			
Mail			
Fødselsdato		Mobil	
Evt. diagnose(r)			
Genetiske dispositioner?			
Medicin? -Er din læge informeret?			
Historik med hovedtraumer?			
Psykiske traumer?			
Fysiske traumer?			
Andet?			

Dato

<p>Hvad håber du at opnå ved at træne neurofeedback?</p>	<p>Mildne symptomer ved/forbedre:</p> <p><u>1. Angst</u> <u>2. Depression</u> <u>3. Opmærksomhed</u> <u>4. Søvn</u></p> <p><u>5. Sensorisk og kognitiv</u> <u>6. Fysisk og adfærdsmæssig</u></p> <p><u>7. Immune, endokrine og autonome</u> <u>8. Smerte</u></p> <p><u>9. Appetit og spiseforstyrrelser</u></p> <p><u>10. Tilknytnings- og personlighedforstyrrelser</u></p> <p><u>11. Udviklingsforstyrrelser</u></p> <p><u>12. Hjerneskade og epileptiske anfald</u></p> <p><u>13. Peak performance</u> <u>14. Medicin</u></p>
<p>Hvordan reagerer du når du føler dig presset?</p>	
<p>Hvordan føles afslapning for dig?</p>	