

**Prüfungsprotokoll Degree II    Prüfer:**

TherapeutIn:

Datum und Uhrzeit:

KlientIn:

Name :  
Adresse :  
Telefon :  
Mail: :  
Geburtsdatum:

Beruf:

**Voruntersuchung:**

**Pathologie:**

**seit wann:**

**Eigene Erklärung:**

Schmerzstärke : 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

**Kaskade Chronizität ,**

Endpunkt im Gewebe 8: : \_\_\_\_\_

Zeiten:

Vererb.....Vorkonzept.....Foetal.....Kind.....Jugendl. ....Erwachs.....

**Terrain:**

Typ      rechts      links      rasch      langsam

Latentes Terrain \_\_\_\_\_

Latent aktiviertes Terrain: \_\_\_\_\_

Zyklisch aktiviertes Terrain: \_\_\_\_\_

**Läsion in G:**

**GR GL** rechts/ links mit **Ursprungsdatum**

1 Ärger, Unzufriedenheit \_\_\_\_\_

2 Gereiztheit \_\_\_\_\_

3 Stillstand \_\_\_\_\_

4 Unzufriedenheit i.d. Realisation \_\_\_\_\_

5 Beziehungen \_\_\_\_\_

6 Konflikte \_\_\_\_\_

**Individualität**

FR FL GR GL AN BAT 1. Etage 2. Etage

**Zyklen und Stadien**

Art      rechts      links      Etage

Stadien FR \_\_\_\_\_

Stadien FL \_\_\_\_\_

Zyklen FR \_\_\_\_\_

Zyklen FL \_\_\_\_\_

Überlastung Stadien \_\_\_\_\_

Überlastung Zyklen \_\_\_\_\_

BAS, BAM, BAI, BAT

rechts:

links:

**Nachuntersuchung am Ende der Behandlung:**

Schmerzauslösender Moment : wie oben

Schmerzstärke : 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Subjektives Empfinden :