

## QEEG Aufnahme-Bogen

Neu

Remap

Datum vorheriger Map:

Map #

Nachname		Vorname
Geburtsdatum		
Datum QEEG		
Diagnosen		
Medikation		
Präparate		
Andere		

### Anamnese

Grund der Evaluation:

Patienten-Symptomatik:

Schädel-Hirn-Traum bzw. Verletzung

Anmerkungen:

Anfälle

Anmerkungen:

Geschlecht:  Männlich  Weiblich

Händigkeit:  Rechts  Links  Ambi

Impedanz:  <5 Other

Sensitivität:  50uV  70uV  100uV Other

EEG-Aufnahmegerät:

Referenz-Montage:  Linked Ears  Andere, wenn ja, welche?

High/Low Pass Filters: x 1-30  Andere, wenn ja, welche?

Aufnahme-Konditionen/Dauer/Möglicher Artefakt

Augen Offen EO	Augen Geschlossen EC	Augen Offen DVD
<input type="checkbox"/> Möglicher Muskelartefakt/schnelle Aktivität	<input type="checkbox"/> Möglicher Muskelartefakt/schnelle Aktivität	<input type="checkbox"/> Möglicher Muskelartefakt/schnelle Aktivität
<input type="checkbox"/> Bewegungen	<input type="checkbox"/> Bewegungen	<input type="checkbox"/> Bewegungen
<input type="checkbox"/> Augenbewegung	<input type="checkbox"/> Augenbewegung	<input type="checkbox"/> Augenbewegung
<input type="checkbox"/> Augenlid-Bewegungen	<input type="checkbox"/> Augenlid-Bewegungen	<input type="checkbox"/> Augenlid-Bewegungen
<input type="checkbox"/> Augenblinzeln	<input type="checkbox"/> Augenblinzeln	<input type="checkbox"/> Augenblinzeln
<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Andere

Anmerkungen/Klinische Beobachtungen während der Aufnahme:

Wurde die Datei konvertiert?  Ja  Nein Welche Software wurde verwendet?

Macht der Patient bereits Neurofeedback?  Ja  Nein

Wenn ja, welches Protocoll, bzw. Form von Feedback