**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 |
| Möglicher Muskelartefakt/schnelle Aktivität  Bewegungen  Augenbewegung  Augenlid-Bewegungen  Augenblinzeln  Andere | Möglicher Muskelartefakt/schnelle Aktivität  Bewegungen  Augenbewegung  Augenlid-Bewegungen  Augenblinzeln  Andere | Möglicher Muskelartefakt/schnelle Aktivität  Bewegungen  Augenbewegung  Augenlid-Bewegungen  Augenblinzeln  Andere |

Anmerkungen/Klinische Beobachtugen 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