

Verlaufsprotokoll

**zur Erhöhung der Lebensqualität
und Verminderung der Schmerzen**

**Praxis für Schmerz-
und Psychotherapie**



Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

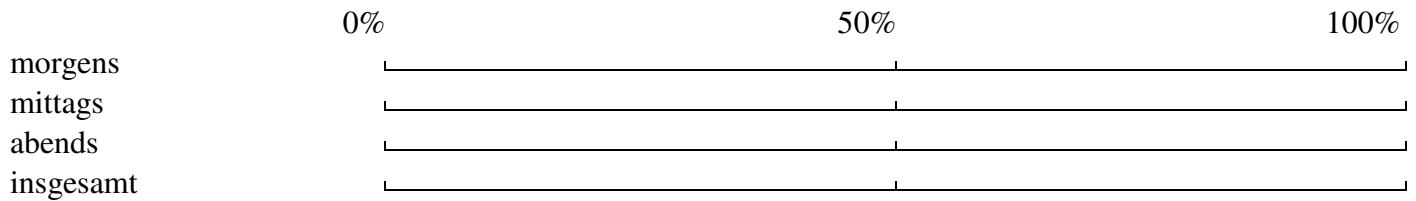
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

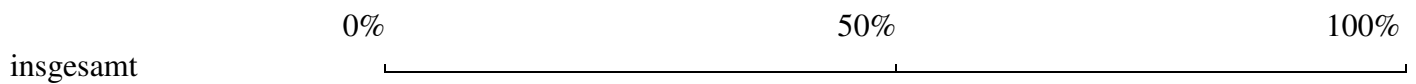
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

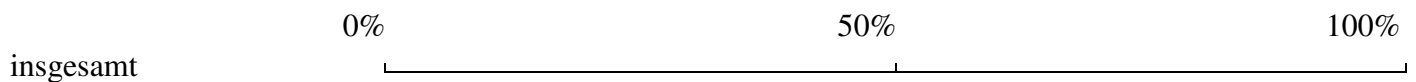


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

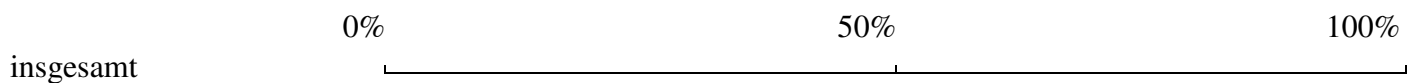
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

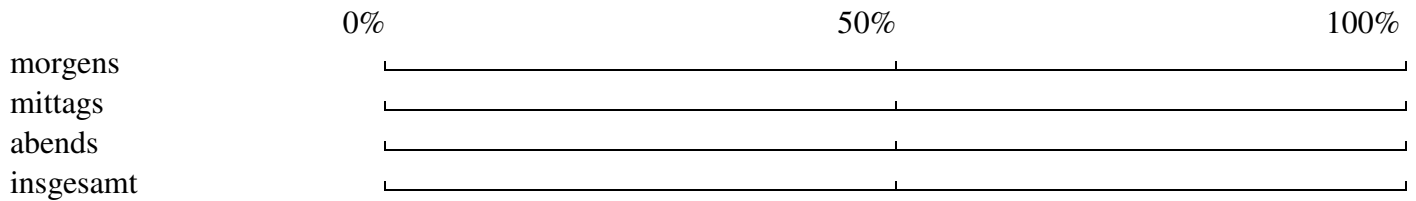
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

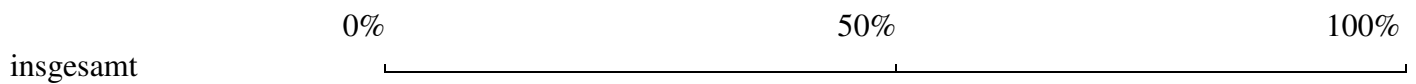
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

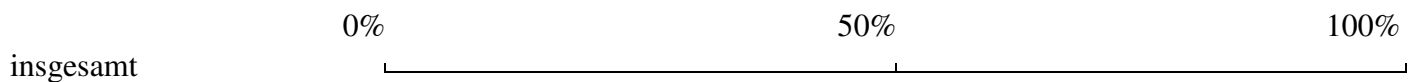


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

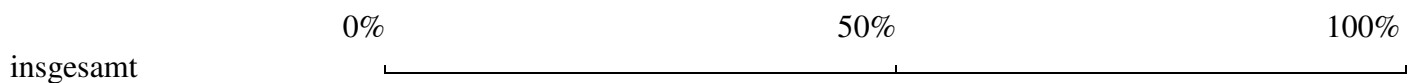
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

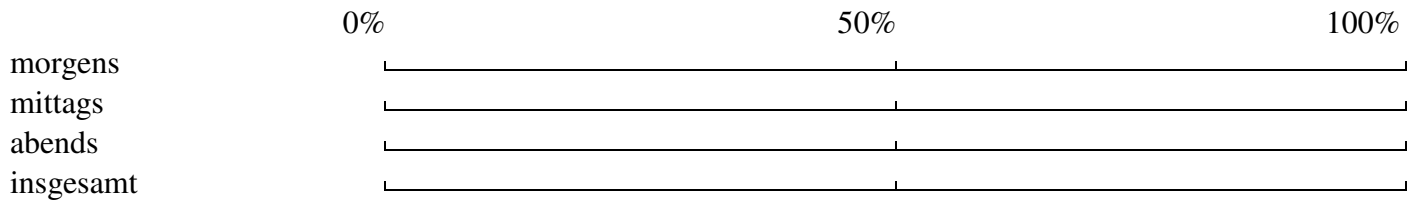
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

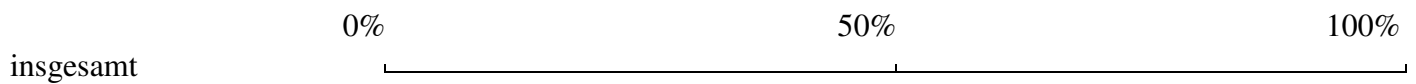
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

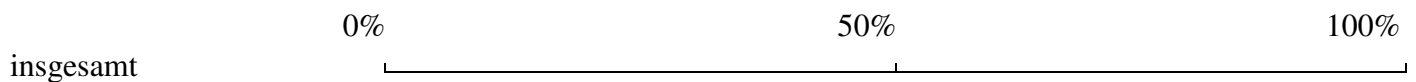


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

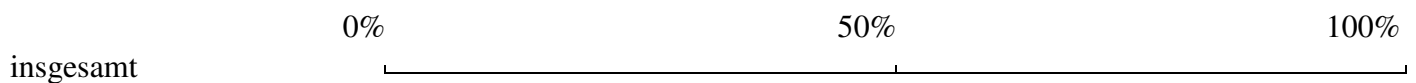
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

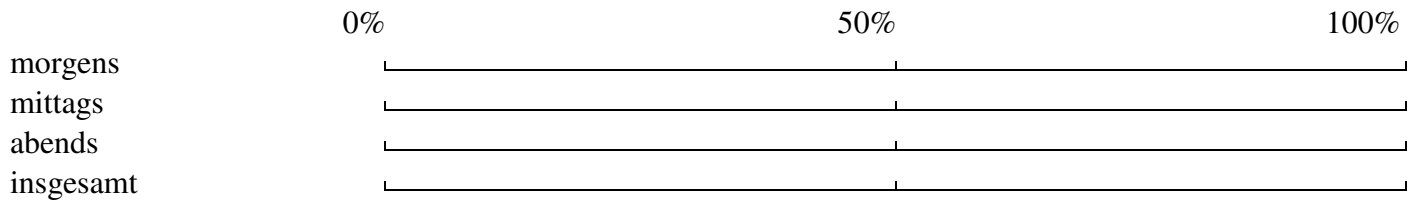
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

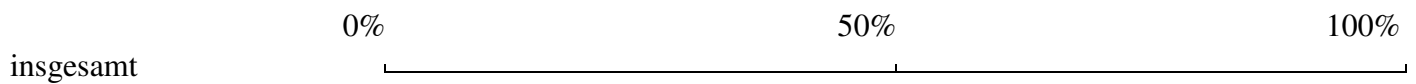
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

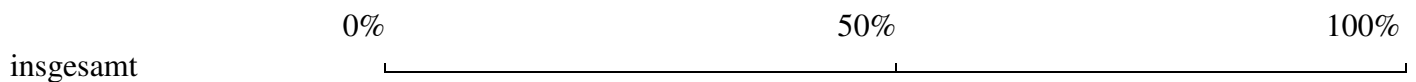


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

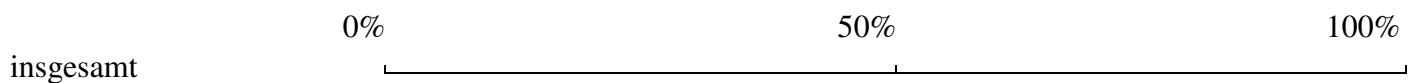
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

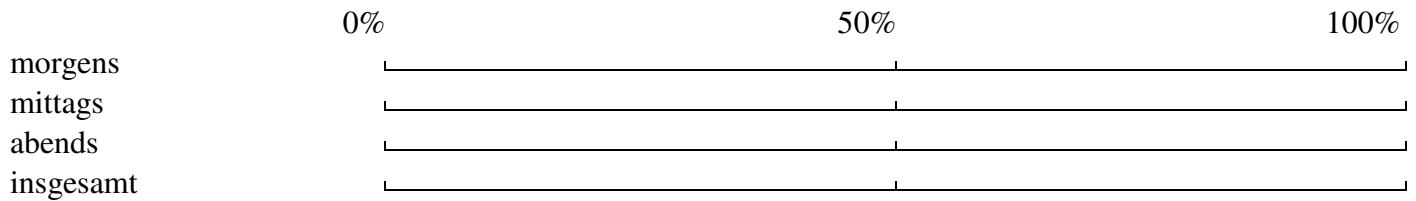
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

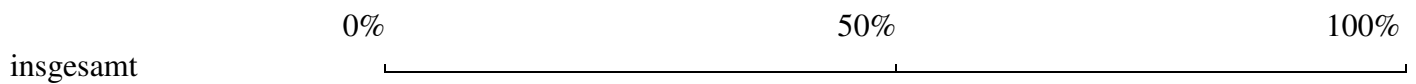
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

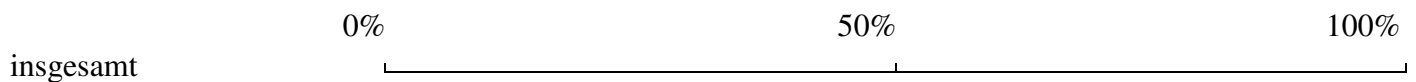


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

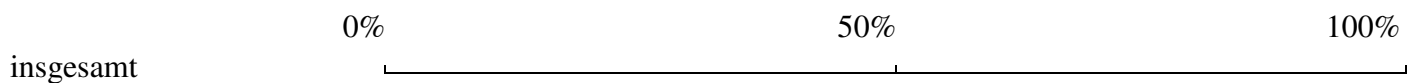
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

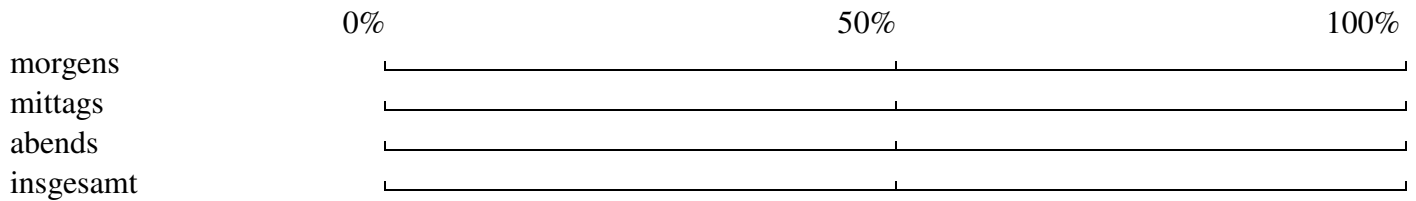
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

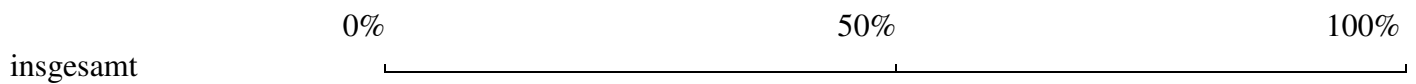
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

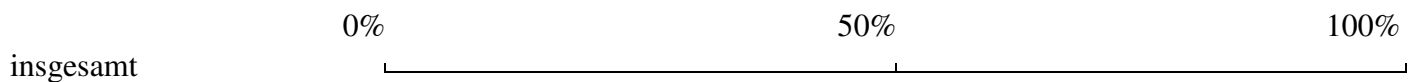


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

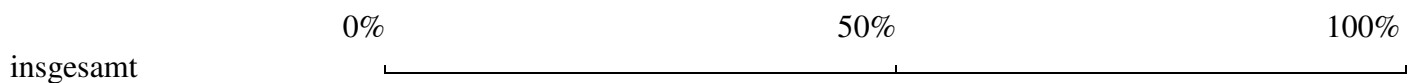
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

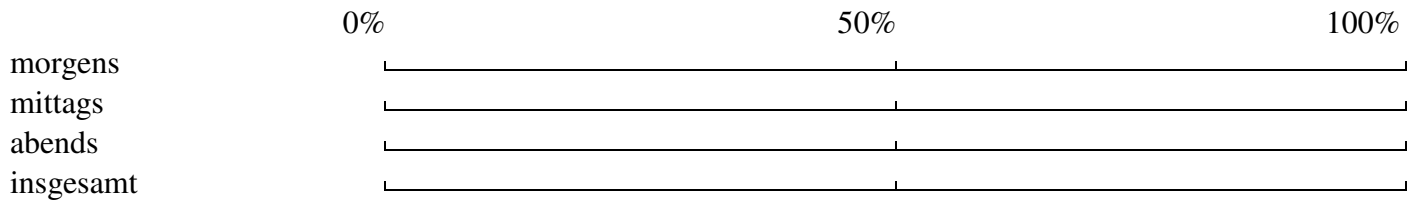
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Zusammenfassung 1. Woche

Innerhalb dieser Woche hat sich folgendes verändert:

Meine Prioritäten: _____

Schmerz: _____

Körperliche Aktivität: _____

Stimmung: _____

Schlaf: _____

Ernährung: _____

Meine Ressourcen zur Verbesserung von Schmerz und Lebensqualität sind:

Ich möchte folgendes in meinem Leben ändern:

Dazu benötige ich:

Platz für Gedanken und Notizen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

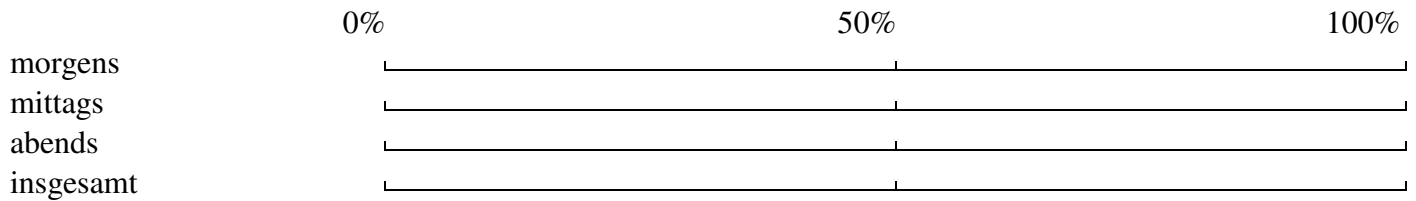
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

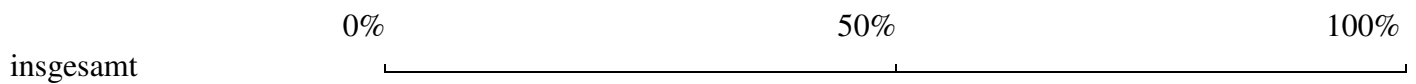
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

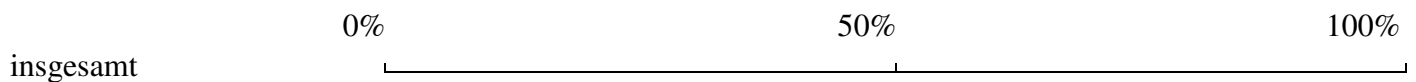


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

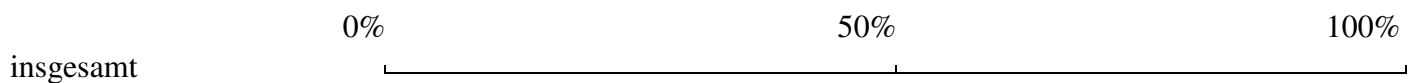
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

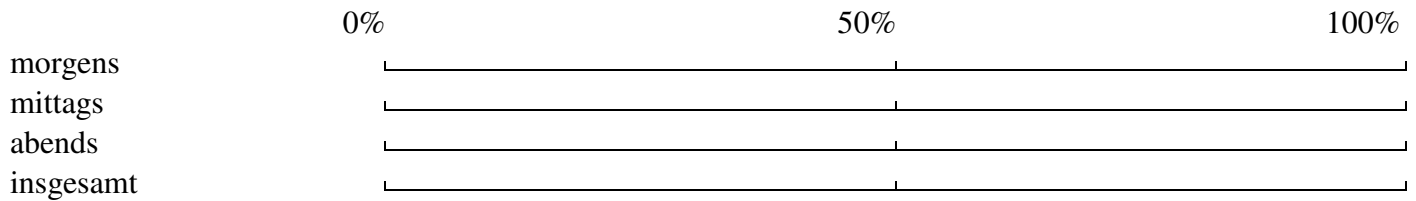
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

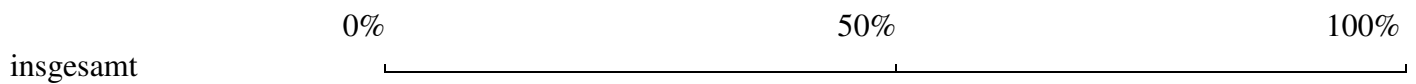
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

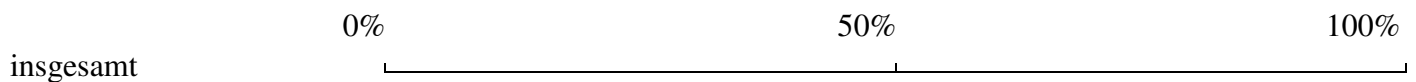


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

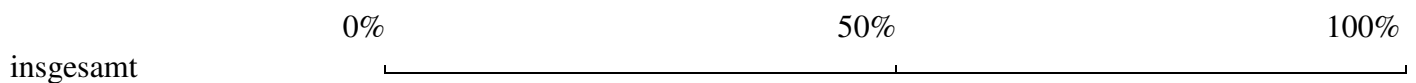
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

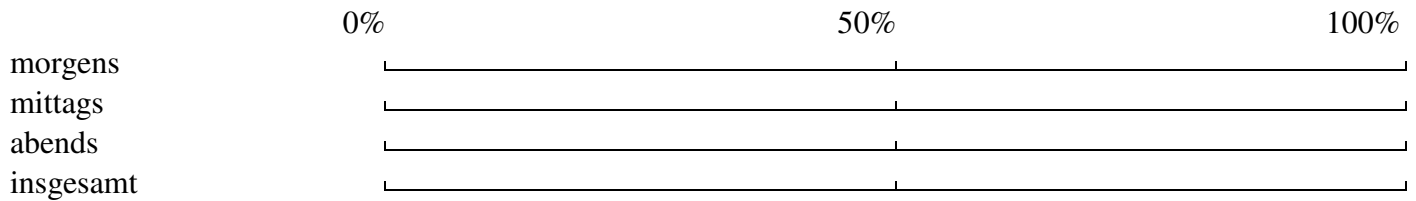
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

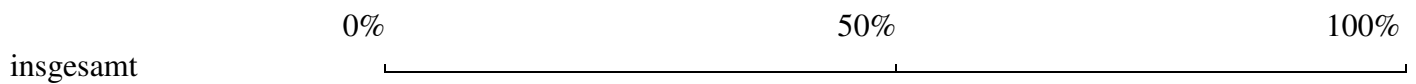
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

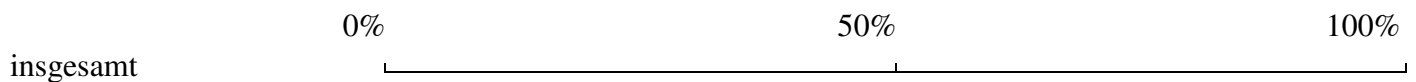


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

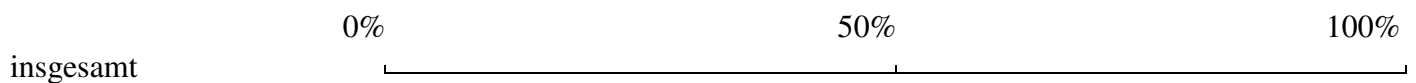
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

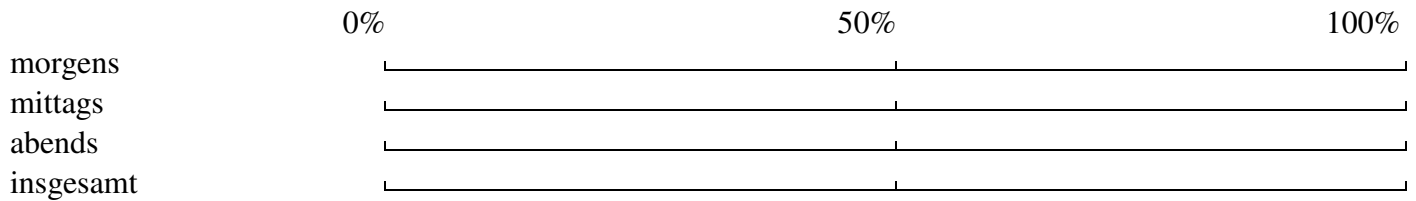
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

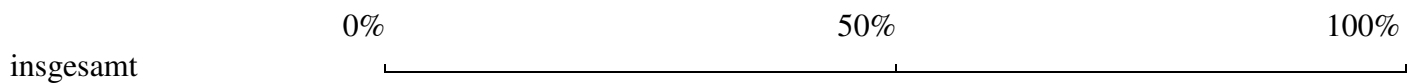
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

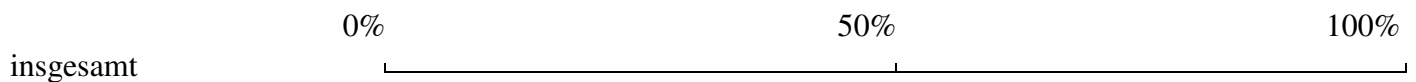


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

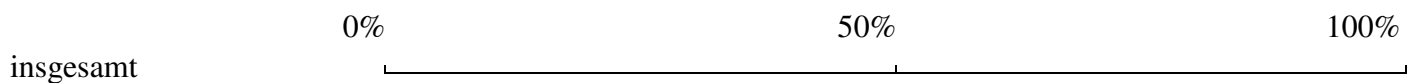
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

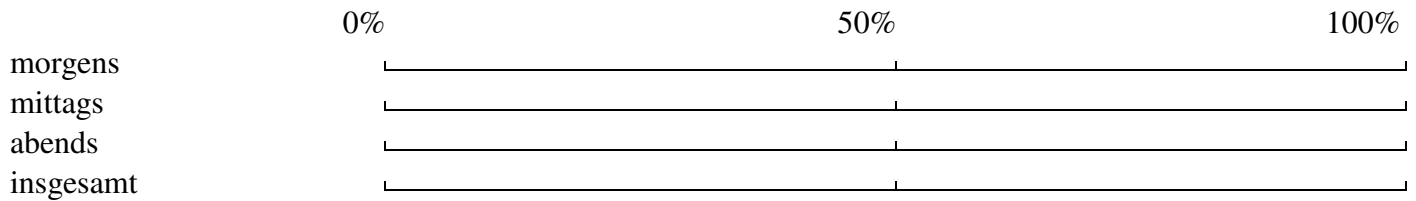
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

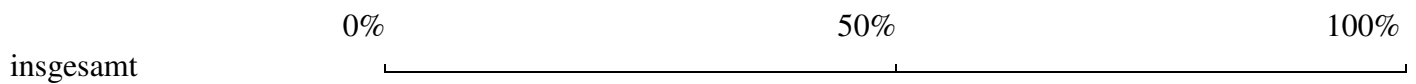
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

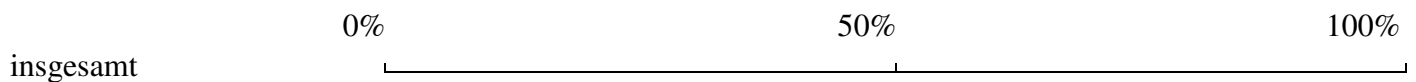


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

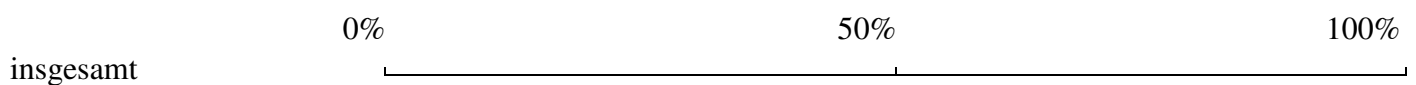
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

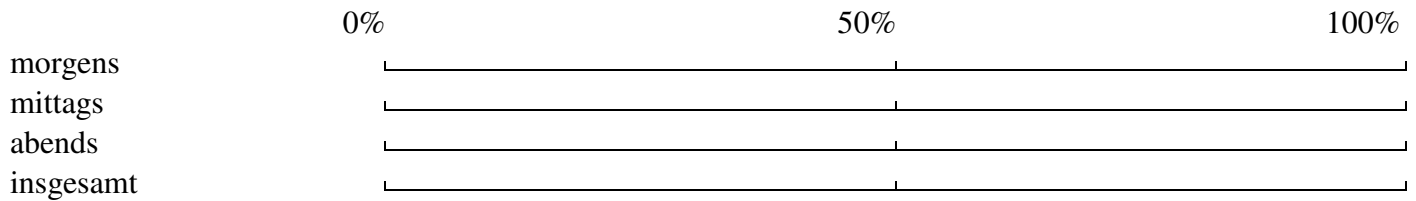
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

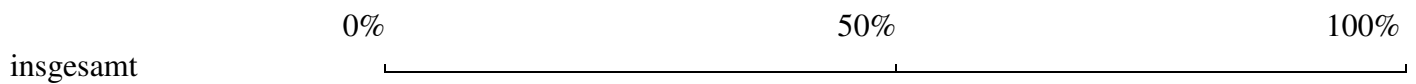
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

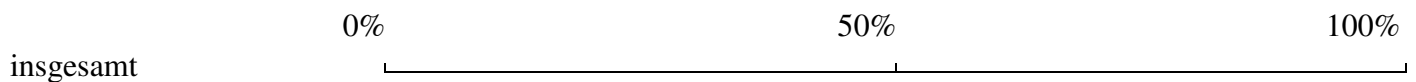


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

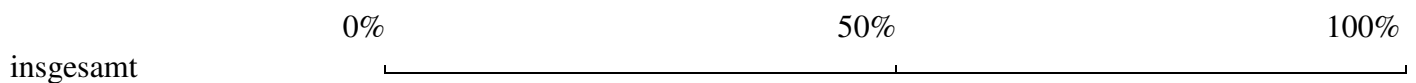
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

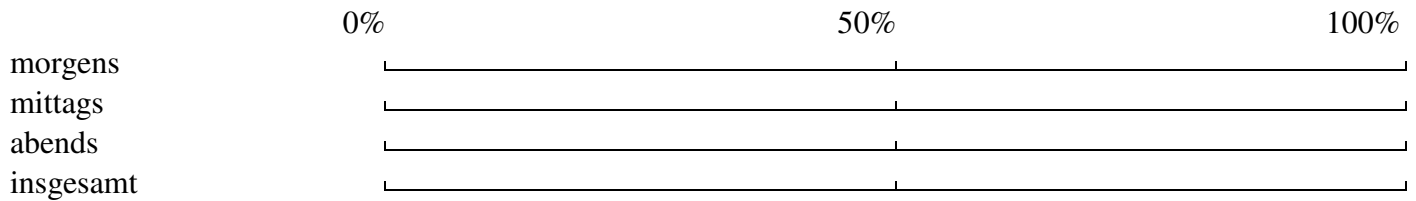
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

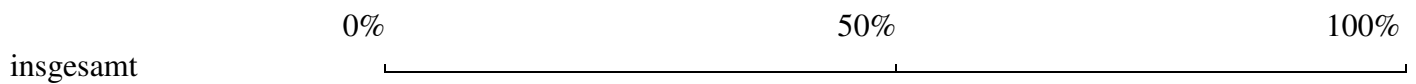
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

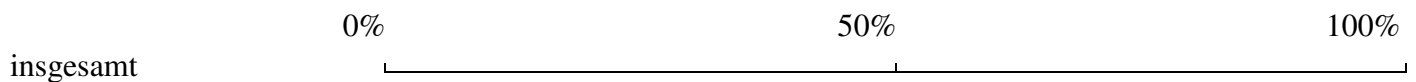


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

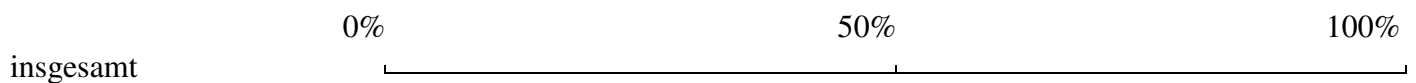
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Zusammenfassung 2. Woche

Innerhalb dieser Woche hat sich folgendes verändert:

Meine Prioritäten: _____

Schmerz: _____

Körperliche Aktivität: _____

Stimmung: _____

Schlaf: _____

Ernährung: _____

Meine Ressourcen zur Verbesserung von Schmerz und Lebensqualität sind:

Ich möchte folgendes in meinem Leben ändern:

Dazu benötige ich:

Platz für Gedanken und Notizen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

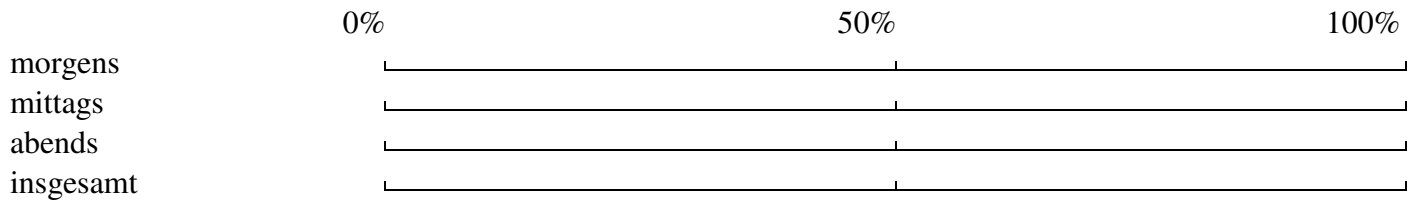
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

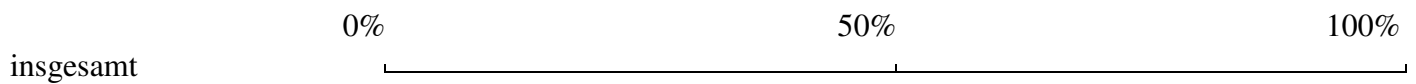
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

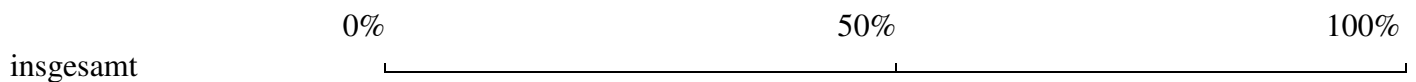


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

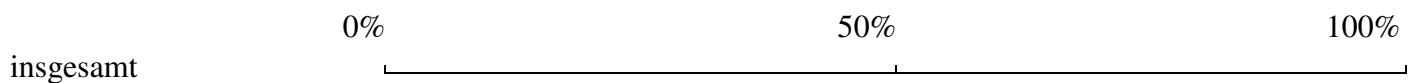
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

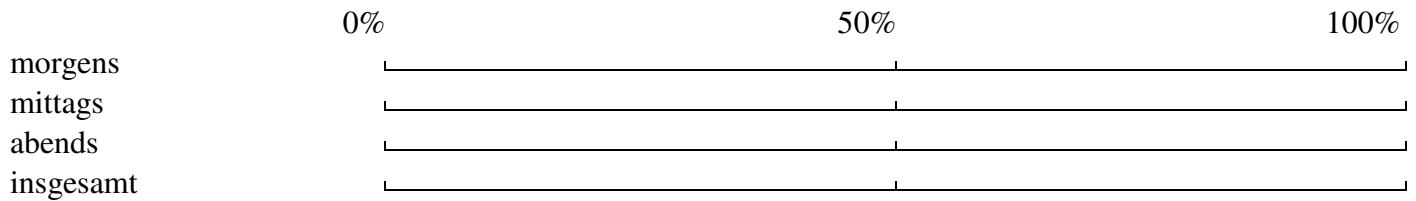
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

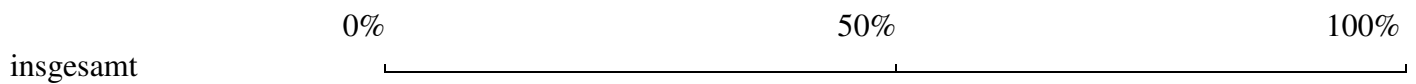
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

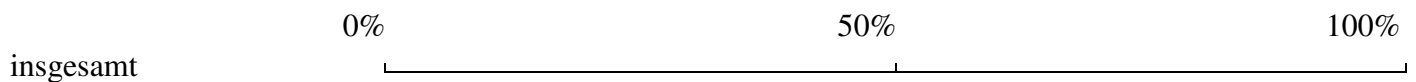


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

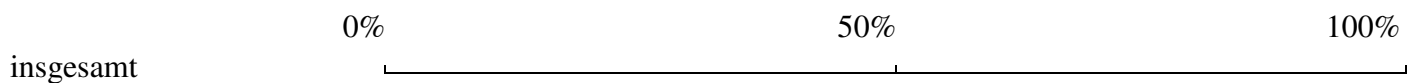
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

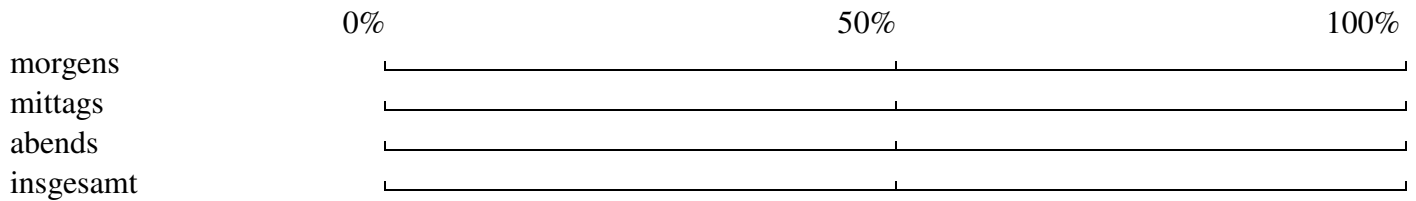
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

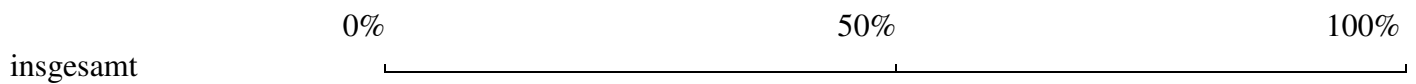
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

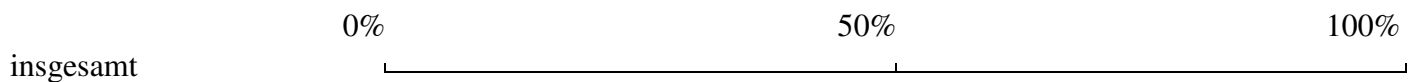


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

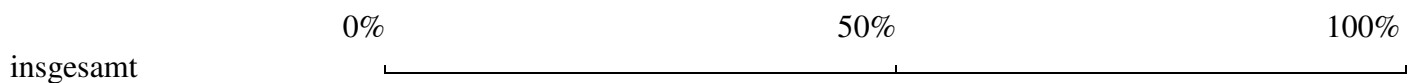
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

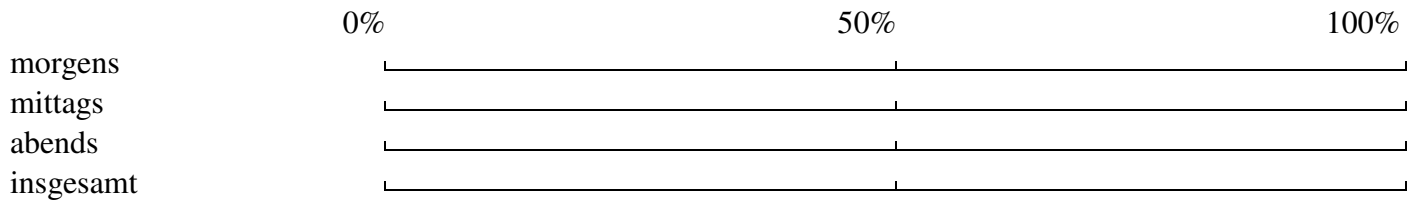
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

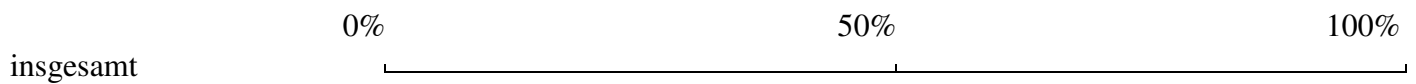
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

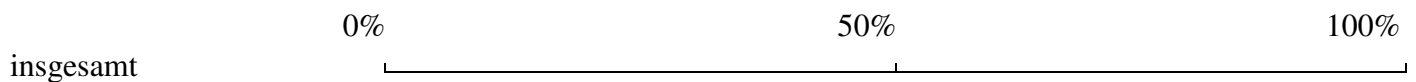


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

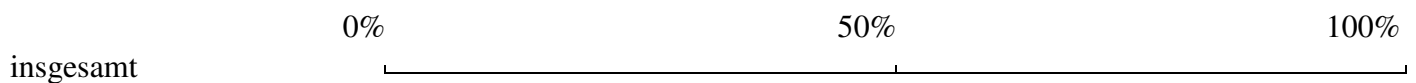
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

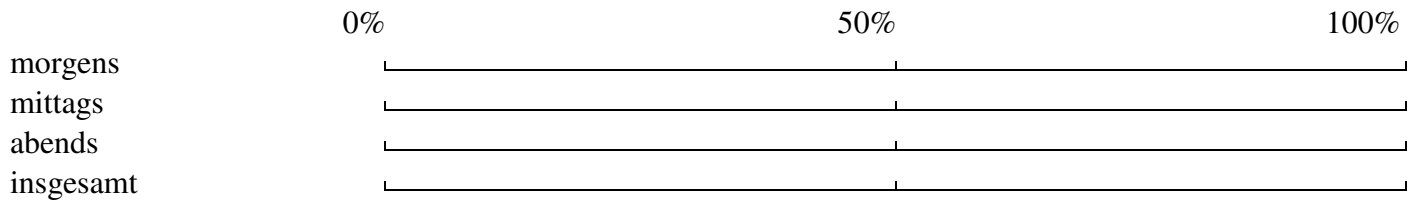
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

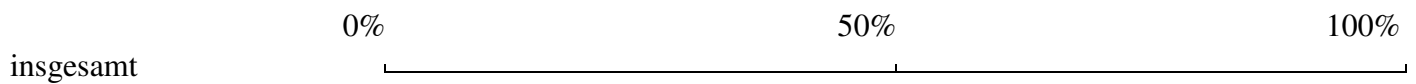
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

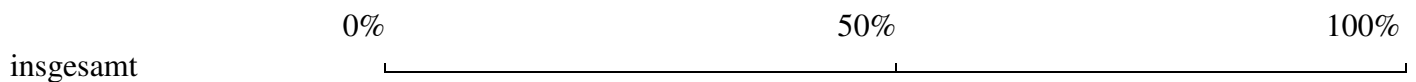


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

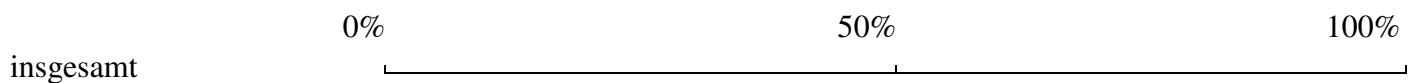
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

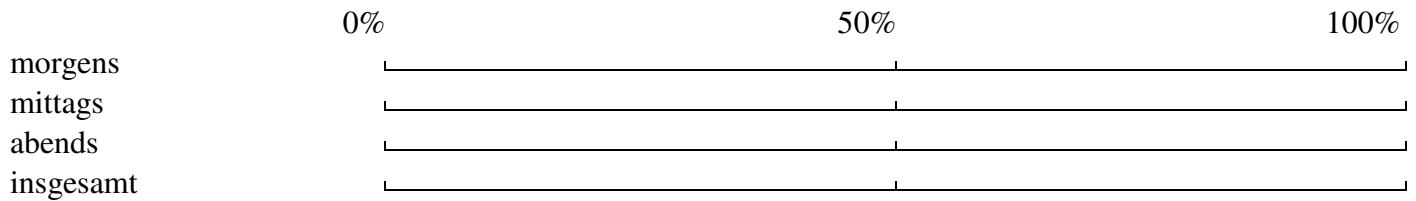
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

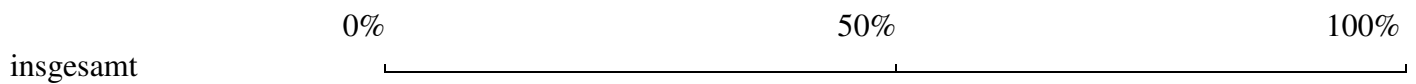
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

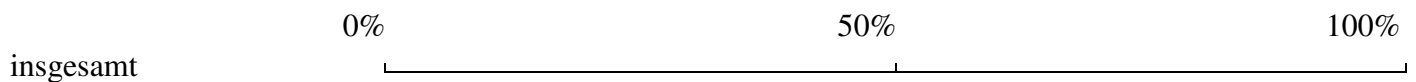


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

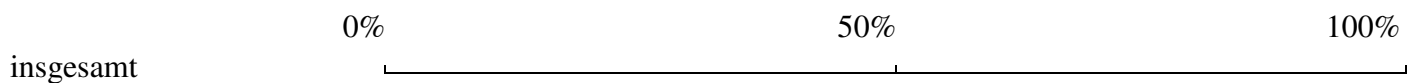
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

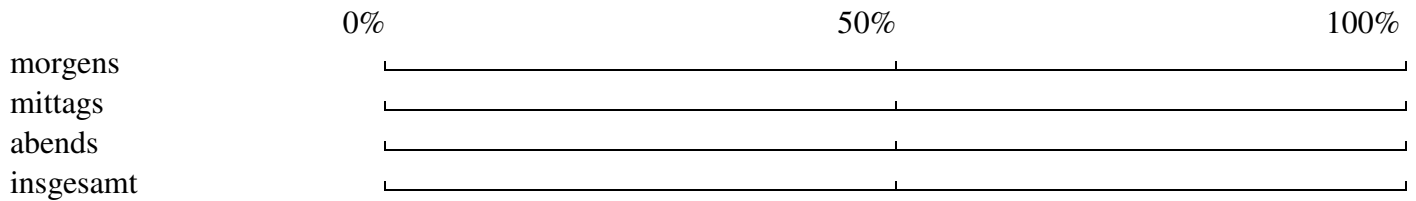
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

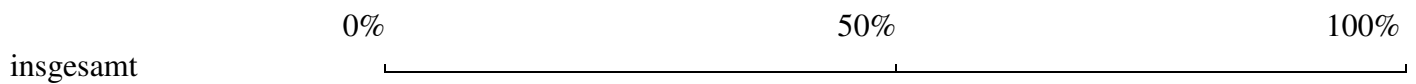
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

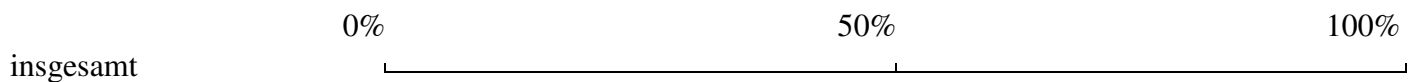


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

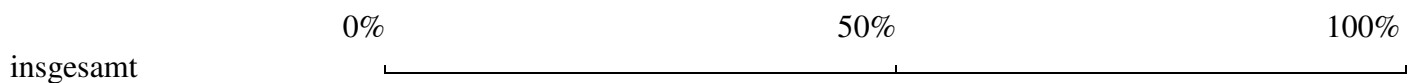
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Zusammenfassung 3. Woche

Innerhalb dieser Woche hat sich folgendes verändert:

Meine Prioritäten: _____

Schmerz: _____

Körperliche Aktivität: _____

Stimmung: _____

Schlaf: _____

Ernährung: _____

Meine Ressourcen zur Verbesserung von Schmerz und Lebensqualität sind:

Ich möchte folgendes in meinem Leben ändern:

Dazu benötige ich:

Platz für Gedanken und Notizen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

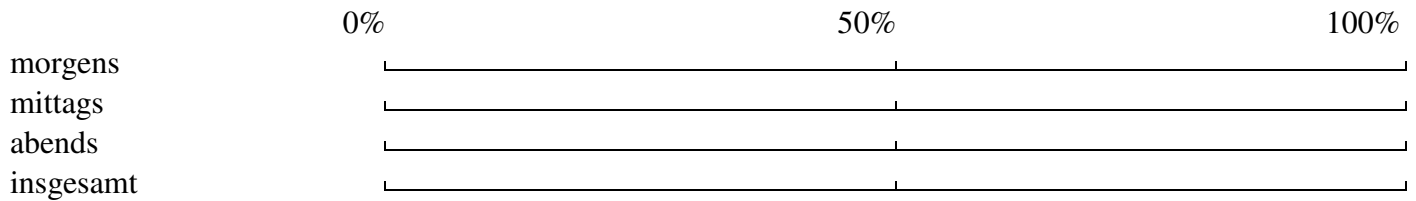
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

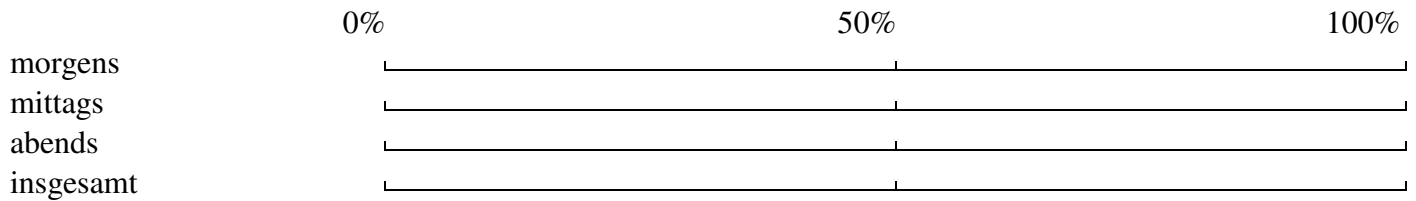
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

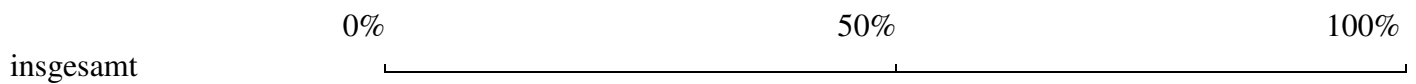
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

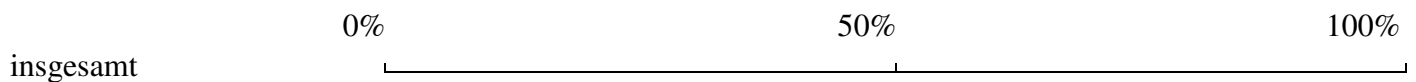


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

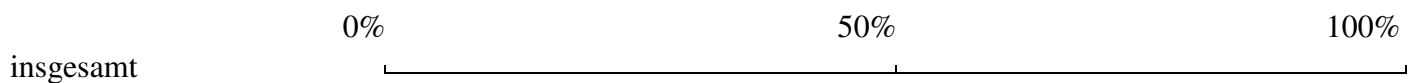
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

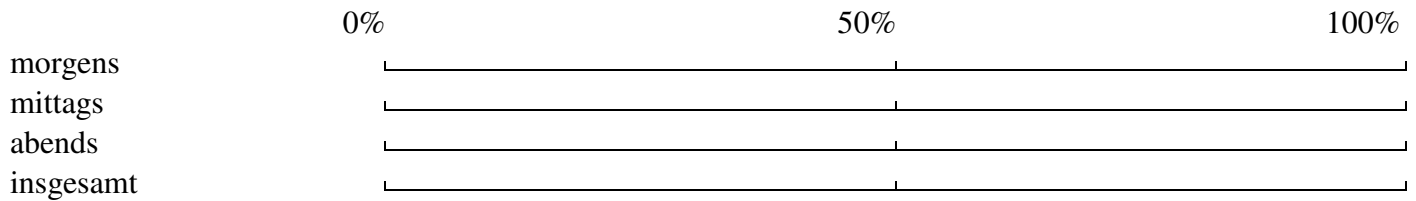
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

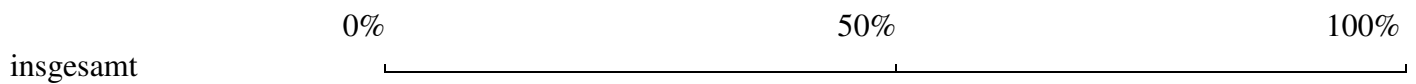
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

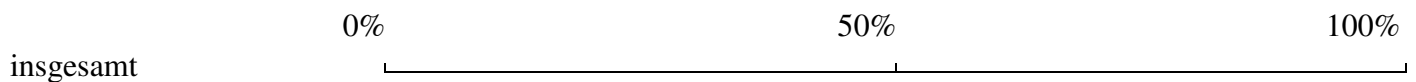


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

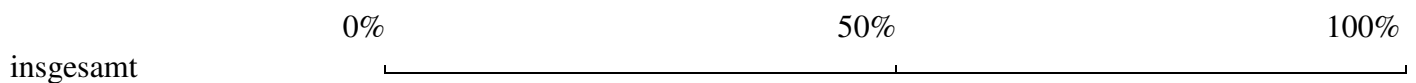
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

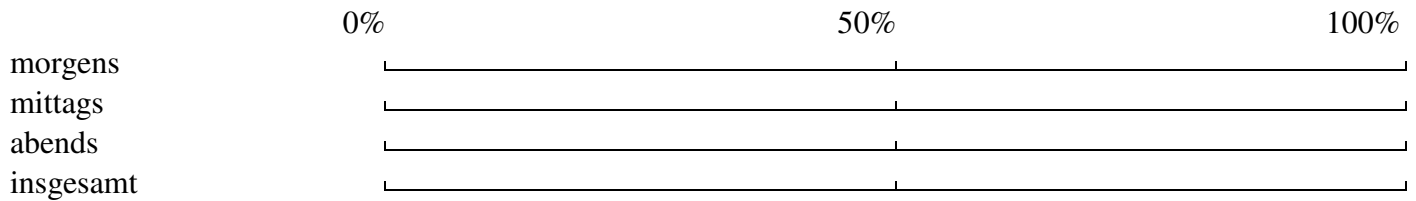
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

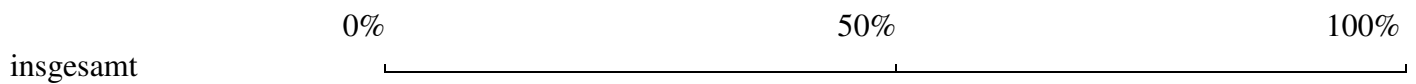
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

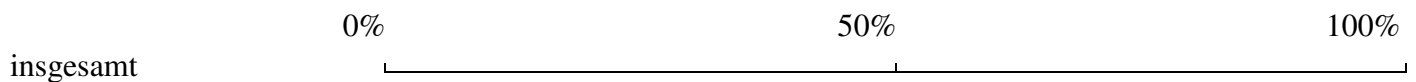


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

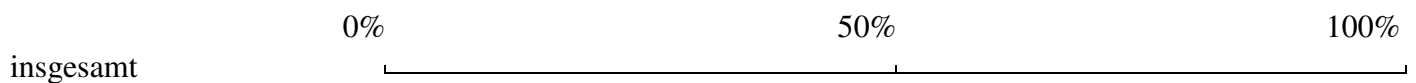
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

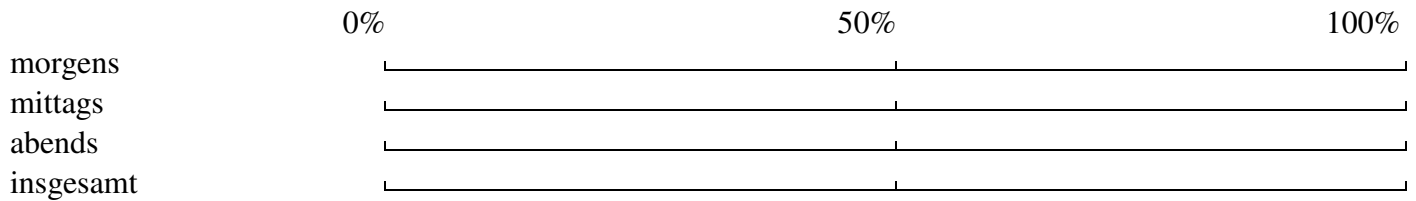
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

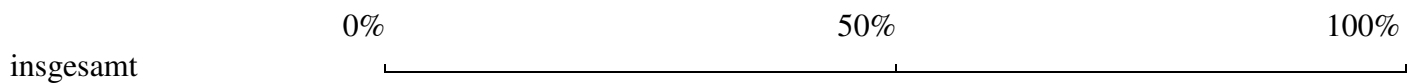
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

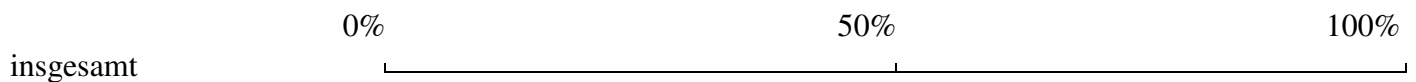


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

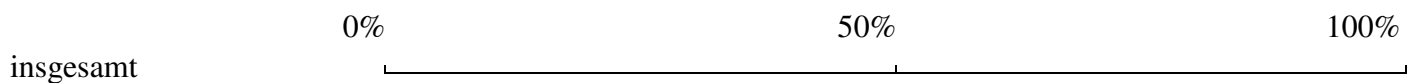
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

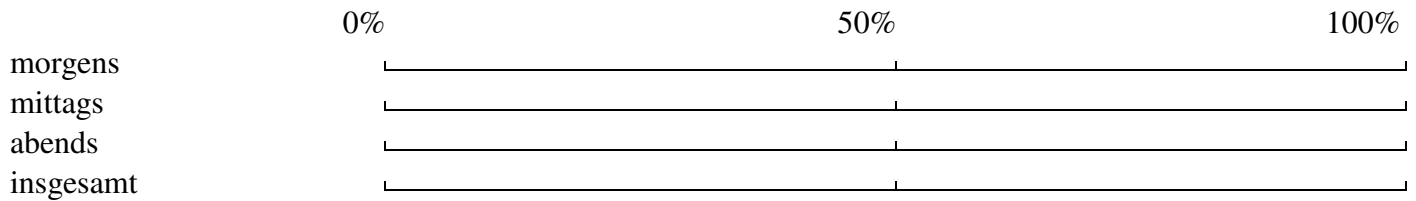
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

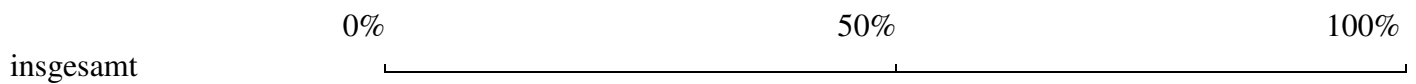
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

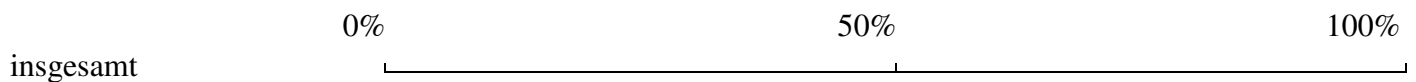


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

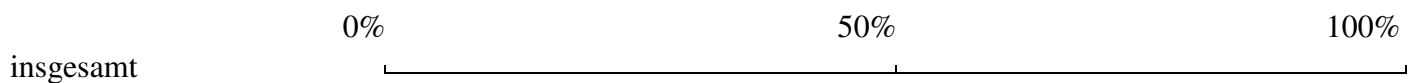
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

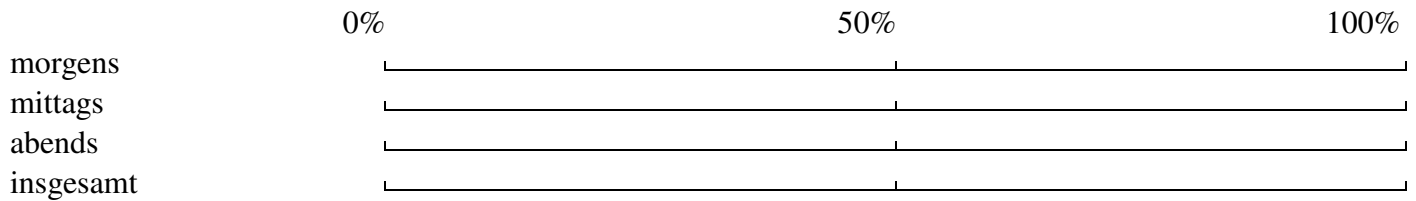
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

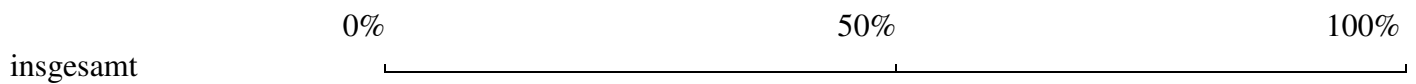
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

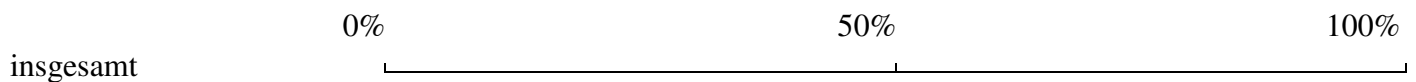


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

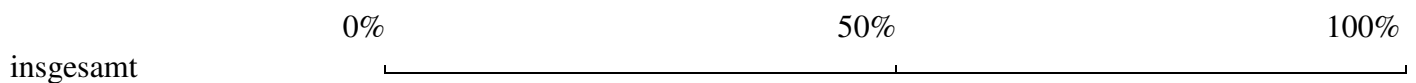
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Zusammenfassung 4. Woche

Innerhalb dieser Woche hat sich folgendes verändert:

Meine Prioritäten: _____

Schmerz: _____

Körperliche Aktivität: _____

Stimmung: _____

Schlaf: _____

Ernährung: _____

Meine Ressourcen zur Verbesserung von Schmerz und Lebensqualität sind:

Ich möchte folgendes in meinem Leben ändern:

Dazu benötige ich:

Platz für Gedanken und Notizen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

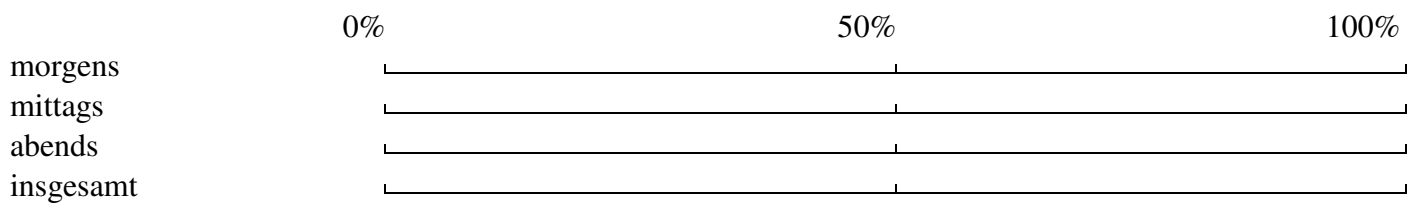
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

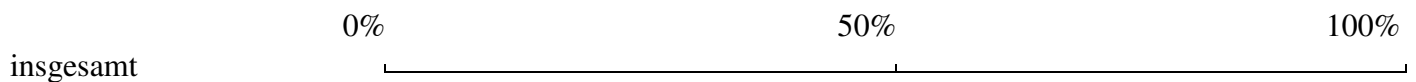


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

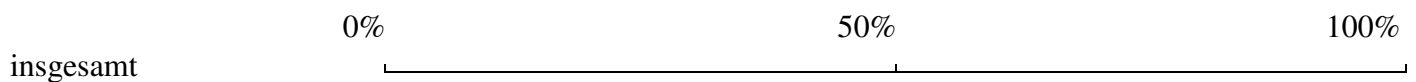
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

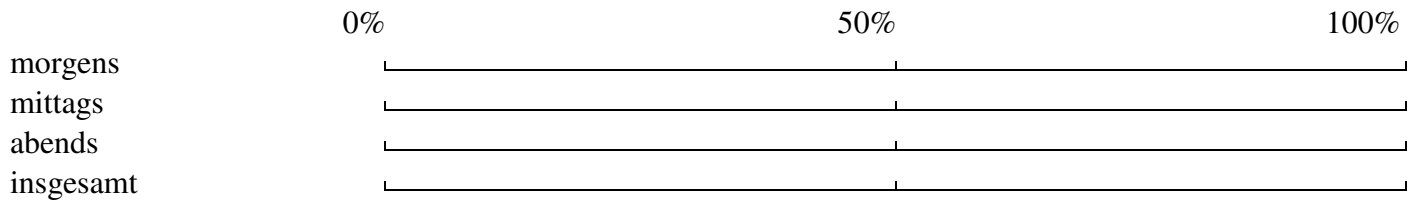
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

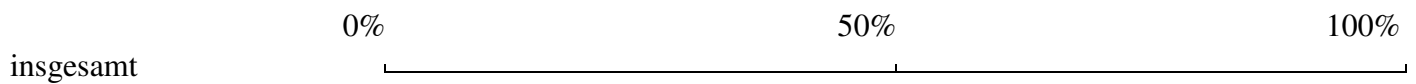
100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu

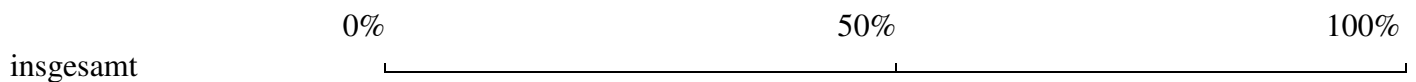


4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

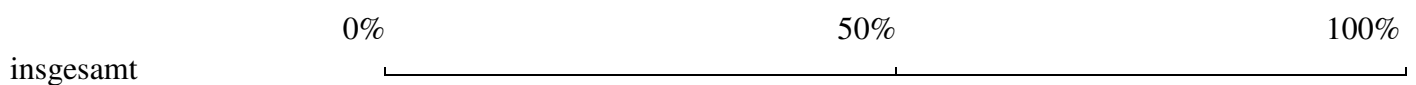
100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Datum: _____ **Wochentag:** _____

1. Tagesziel:

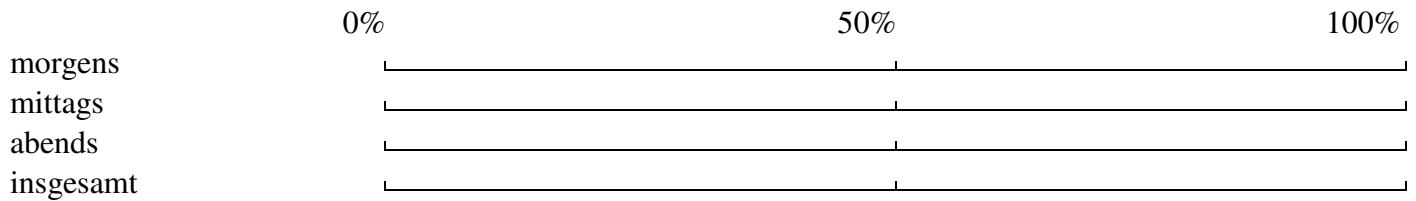
Wie erreichen ich mein Ziel: _____

Meine Zeit FÜR MICH ist heute von __:__ bis __:__

2. Schmerzstärke:

0% = keine Schmerzen,

100% = stärkste vorstellbare Schmerzen



3. Aktivität:

Ich fühle mich heute fit und aktiv: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



4. Stimmung:

Meine Stimmung ist heute:

0% = schlechtestmöglich;

100% = bestmöglich



5. Schlaf:

Ich habe letzte Nacht erholsam geschlafen: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



6. Vertrauen:

Ich habe Vertrauen in diese Behandlung: 0% = trifft gar nicht zu;

100% = trifft voll zu



1. Ich konnte mein Ziel zu _____ % erreichen, weil _____

Gründe gegen das Erreichen des Zieles	Möglichkeiten der Veränderung

2. Schmerzstärke

Ereignisse zur Verbesserung der körperlichen Beschwerden	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

3. Körperliche Aktivität

Bewusst genutzte körperliche Aktivität	Konsequenz

4. Stimmung

Mit hat heute Freude gemacht: _____

Achtsamkeit ist mir in folgenden Situationen gelungen: _____

Folgende Ereignisse habe ich genießen können: _____

Ereignisse zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	bewusst genutzt	
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein
	ja	nein

Ereignisse zur Verschlimmerung	Möglichkeiten der Veränderung

5. Schlaf

Folgende Möglichkeiten der Schlafhygiene und Entspannung habe ich genutzt:

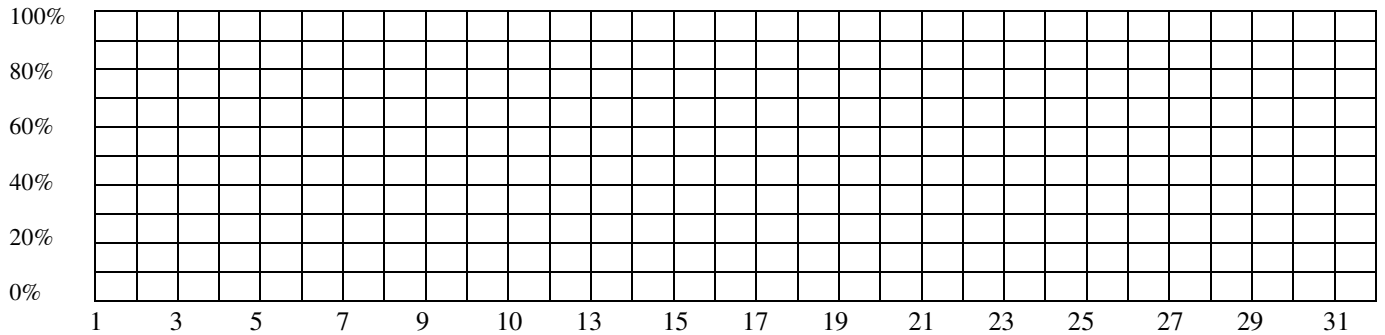
Ereignisse für Schlaflosigkeit	Möglichkeiten der Veränderung

6. Vertrauen

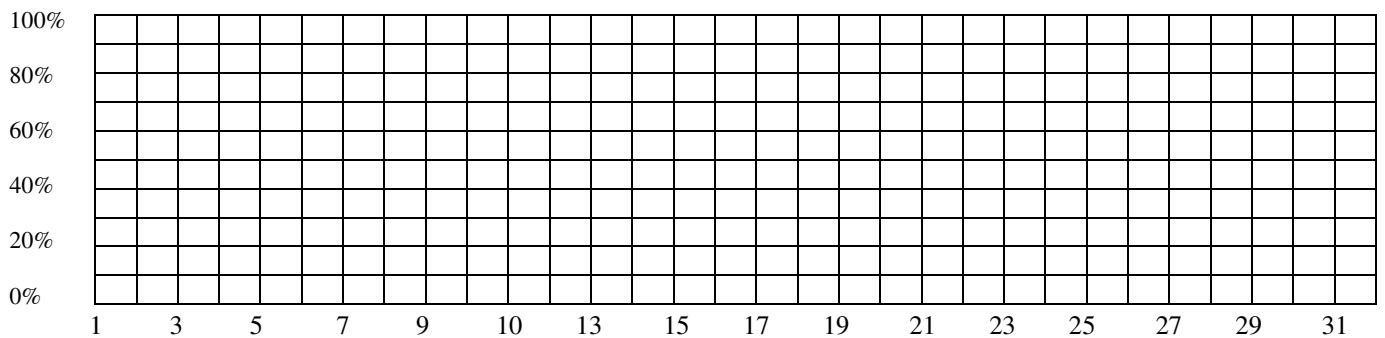
Folgende Möglichkeiten kann ich nutzen, um das Vertrauen in die Behandlung zu erhöhen:

Monatsüberblick: Langfristiger Verlauf der Symptomatik

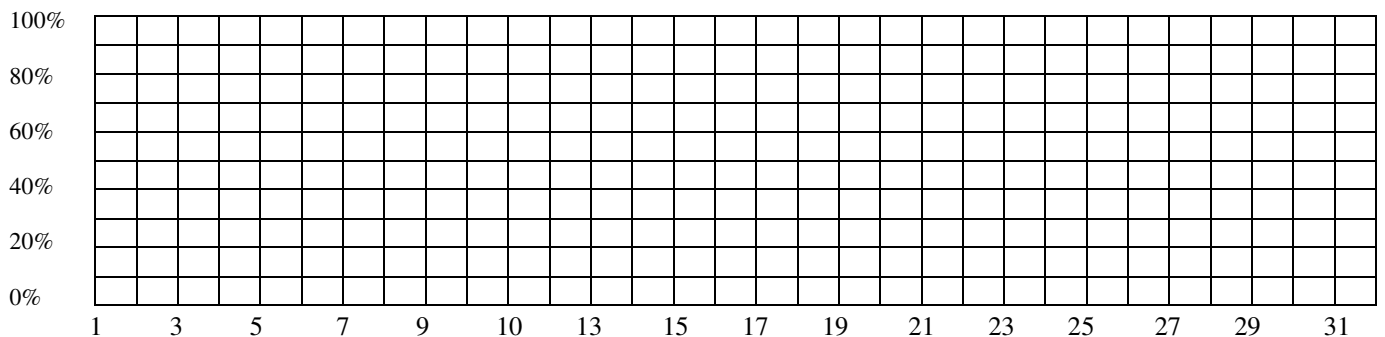
Stärke der körperlichen Beschwerden/ Schmerzen (Punkt 2 des Tagespunktes):



Körperliche Aktivität (Punkt 3 des Tagespunktes):



Stimmung (Punkt 4 des Tagespunktes):



STOPP!

Die folgenden Seiten sind NUR für diejenigen Patienten bestimmt, die IHR LEBEN nachhaltig verändern möchten!

Schreiben Sie Ihre 3 größten Ängste auf:

Welche Schmerzen haben Ihnen diese Ängste bisher bereitet?

Schreiben Sie Ihre 3 schlimmsten Gewohnheiten auf, die Sie bremsen, klein machen, Misserfolg bringen

Welches sind Ihre 3 wichtigsten Ziele?

Ursache und Wirkung



Resultate, Ergebnisse, Selbstbestimmung



Ausreden, Vorwände, Ausflüchte
(Die Anderen,... sind schuld für meine Schmerzen!)

„Oberflächliche glauben an Glück und Zufall.
Tatkräftige glauben an Ursache und Wirkung.“
Ralph Waldo Emerson, Autor

**Auf welcher Seite stehen Sie?
Wie wird Ihr heutiger Tag?
Schreiben Sie auf der Rückseite Ihre Vorstellungen vom heutigen Tag!**

Meine Glaubensmuster und Überzeugungen sind:

Wo und weshalb bin ich in meinem Leben am meisten in einer Sackgasse?

Die negative Emotion, die mich am meisten belastet, ist:

Was kosten mich meine alten Glaubensmuster, Überzeugungen und negativen Emotionen?

Was kostet es mich, wenn ich KEINE Veränderungen tätige?

Wie wird sich mein Leben verbessern, wenn ich selbst für mein Leben verantwortlich bin & mein Leben/ Schmerzen verändere?

7 wichtige Fragen

1. Was genau wollen Sie sein, haben oder erreichen?
(Formulieren Sie Ihr Ziel positiv)

2. Wo sind Sie jetzt?
(Wie sieht Ihre momentane Situation genau aus? versetzen Sie sich hinein!)

3. Was werden Sie sehen, hören, fühlen oder riechen, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben?
(Verdeutlichen Sie Ihr Ziel mit allen Sinnen!)

4. Wie wissen Sie, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben?
(Formulieren Sie einen Nachweis für das Erreichen Ihres Zieles!)

5. Was wird das Erreichen Ihres Zieles Ihnen erlauben?
(Visualisieren Sie das bestmögliche Ergebnis, brechen Sie Ihre Barrieren!)

6. Können Sie beginnen, sich auf den Weg zu Ihrem Ziel zu machen und dran zu bleiben?
(Versichern Sie sich Ihrer Möglichkeiten für Beginn und Fortführung!)

7. Wann, wie, wo und mit wem wollen Sie dieses Ziel erreichen?
(Zeichnen Sie das Gesamtbild Ihres Erfolges auf!)

Die Hierarchie des Erfolges:

1. Ereignis
2. Bewertung
3. Fokus/ Emotion
4. Handlungen (auch etwas nicht zu tun)
5. Resultate im Leben

