



AK  
BOTULINUMTOXIN

# Injektionserfassungsbogen Zervikale Dystonie

Klinik: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Injektions-Nr.:

Datum:

Anamnese / bisherige Nebenwirkungen / aktueller neurologischer Befund / letzte Behandlung am:

Gesamtscorewert:

Körpergewicht (kg):

**Gesamtinjektions-**  
**menge in MU:**

**Botox:**   
**Dysport:**   
**Xeomin:**

## Injektionslokalisationen:

		rechts (MU)	links (MU)
M. sternocleidomastoideus	SCM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. splenius capitis	SPL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. levator scapulae	LSC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. trapezius	TRA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. scalenus medium	SCA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. semispin. cervicis	SEM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
andere: _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Wirkung:** *subjektiv:* 0 - keine    1 - schlecht    2 - mäßig    3 - gut    4 - sehr gut  
*in Prozent:* 0    1-19    20 - 49    50 - 79    80 - 100

Eintritt nach: \_\_\_\_\_ Tagen    Nachlassen bemerkt nach: \_\_\_\_\_ Wochen

**Atrophie SCM:** 0 - keine    1 - mäßig, im Vergl.: um Vorbef. u/o zur Gegens. verändert      
 2 - stark, in Funktionsstellung kein Profil mehr abgrenzbar  
 9 - k.A.

**Nebenwirkungen:**  **nein**

	wenn ja: <input type="text"/>	Schwere (1-3)	Latenz (in d)	Dauer (Wochen)
Dysphagie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mundtrockenheit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kopfhaltenschwäche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sehstörungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allgemeine Muskelschwäche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schwäche Kaumuskulatur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schmerz/Schwellung Injektionsstelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
andere: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Abbruch der Therapie:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1 - zufriedenst. Erfolg/Symptomlosigkeit | 2 - sek. Therapieversagen                   | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 - Nebenwirkungen/Unzufriedenheit       | 4 - Schwangerschaft/kontraindiz. Erkrankung | (ggf. Angabe von                          |
| 5 - Wechsel an anderes Zentrum           | 6 - unbekannt                               | 2 Gründen)                                |