

Injektionserfassungsbogen Blepharospasmus / Spasmus hemifacialis

Klinik: _____

Pat.-Nr. _____

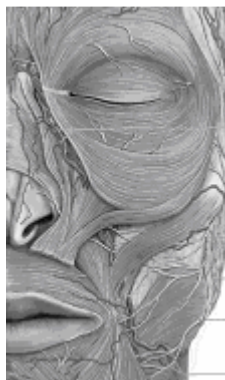
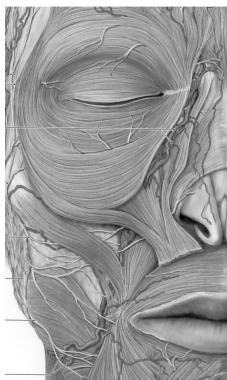
Patient: _____ geb. am: _____

Injektions-Nr.:

Datum:

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

Letztes Injektionsintervall in Wochen _____



Gesamtinjektions-

menge in MU:

MU pro 1 ml

Botox:

Dysport:

Xeomin:

Neurobloc:

rechts

links

Injektionslokalisationen:

Anzahl der Injektionsstellen

(MU)

(MU)

sonst: _____

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

Nebenwirkungen:

wenn ja:

Schwere
(1-3)

Latenz
(in d)

Dauer
(Wochen)

Ptose

Andere:

Abbruch der Therapie:

1 - zufriedenst. Erfolg/Symptomlosigkeit

3 - Nebenwirkungen/Unzufriedenheit

5 - Wechsel an anderes Zentrum

2 - sek. Therapieversagen

4 - Schwangerschaft/kontraindiz. Erkrankung

6 - unbekannt

(ggf. Angabe von

2 Gründen)