

## Entspannungsübungen – Protokoll

**Art der Übung:** ..... **Datum:** .....

## Wirkung

- Ich konnte mich tief entspannen:
- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| gar nicht                |                          |                          | sehr gut                 |                          |
- Ich habe mich durch den Tinnitus gestört gefühlt:
- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| gar nicht                |                          |                          | sehr                     |                          |

Bemerkungen:

.....

.....

.....

**Art der Übung:** ..... **Datum:** .....

## Wirkung

- Ich konnte mich tief entspannen:
- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| gar nicht                |                          |                          | sehr gut                 |                          |
- Ich habe mich durch den Tinnitus gestört gefühlt:
- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| gar nicht                |                          |                          | sehr                     |                          |

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....