

Formulier paniekaanval

Datum: _____ Begintijd: _____

Triggers: _____

Verwacht: _____ Onverwacht: _____

Maximale angst

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10

Geen Licht Matig Sterk Extreem

Vink alle symptomen aan die ten minste in lichte mate aanwezig waren.

Pijn of onaangenaam gevoel op de borst _____

Transpireren _____

Hartkloppingen/bonzend hart/versnelde hartslag _____

Misselijkheid/buikklasten _____

Kortademigheid _____

Gevoel van duizeligheid/onvastheid/lichtheid in het hoofd/flauwte _____

Trillen/beven _____

Koude rillingen/Opvliegers _____

Verdoofde of tintelende gevoelens _____

Een gevoel van onwerkelijkheid _____

Gevoel van verstikking _____

Angst om dood te gaan _____

Angst om zelfbeheersing te verliezen/gek te worden _____

Gedachten: _____

Gedrag: _____