

Fragebogen Selbstwahrnehmung delin bionics® reflector patch

Dokument Version 2.0 / 19. Mai 2021



Fragebogen auch online erhältlich



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Anwendung der delin bionics® reflector patches aus, sowie erneut nach 3 Wochen Daueranwendung (idealerweise Tag und Nacht).

(Tipp: Tragen Sie gleich zu Beginn der Anwendung eine Erinnerung nach 3 Wochen in Ihrem Kalender ein, damit die zweite Einschätzung nicht vergessen geht)

Datum: _____ Name / Vorname (freiwillig): _____ Jahrgang / Geb. Datum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Benutztes Produkt (bitte ankreuzen): delin bionics® reflector patch C2 (Matratze) C3 (Sitze) C4 (Schuhe)

Aus welchem Grund benutzen Sie den delin bionics® reflector patch?

Beschwerden Prävention Allgemeines Interesse Gesundheitsoptimierung Andere: _____

Nehmen Sie momentan regelmässig Medikamente ein (schulmedizinische und / oder pflanzliche)? Nein Ja

Name & Dosierung: _____

Haben Sie vor Kurzem einen allgemeinen Gesundheitscheck (bsp. Blutdruck, Gewicht etc.) oder Laboruntersuchung (Blut, Urin, etc.) bei Ihrem Arzt gemacht?

Nein Ja Ergebnisse / Diagnose: _____ (freiwillige Angabe)

Falls Sie unter Beschwerden / Erkrankungen leiden – tragen Sie diese bitte unten in der Tabelle ein

Beschwerden Erkrankungen (akut & chronisch)	Momentane Stärke / Intensität	Stärke / Intensität Beschwerden → nach 3 Wochen																																								
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
Muskelkrämpfe (1=keine Krämpfe / 10=starke Krämpfe)	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
Tinnitus (1=kein Tinnitus / 10=starker Tinnitus)	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
Haarausfall (1=kein Haarausfall/ 10=starker Haarausfall)	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
Stresspegel (1=kein Stress / 10= viel Stress)	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																	

Fragebogen Selbstwahrnehmung delin bionics® reflector patch

Dokument Version 2.0 / 19. Mai 2021



Schmerzen (1=kein Schmerz / 10=stärkster Schmerz)	😊	Aktuelle Situation	☹️	😊	Nach 3 Wochen	☹️
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Wo im Körper ist der Schmerz aufgetreten? Wie tritt der Schmerz auf (Dauerschmerz / Intervall – bitte Intervallszeit notieren)						

Allgemeine Befindlichkeit und Körperwahrnehmung	☹️ Aktuelle Situation 😊										☹️ Nach 3 Wochen 😊										Kommentar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Vitalität tagsüber (1=müde / 10=vital)																						
Konzentration (1=unkonzentriert / 10=voll konzentriert)																						
Ausgeglichenheit (1=unausgeglichen / 10=voll ausgeglichen)																						
Tatendrang (1=unmotiviert/ 10=voll Tatendrang)																						
Stimmung (1=traurig / 10=aufgestellt)																						
Körperwahrnehmung (1=kalt / 10=heiss)																						
Entspannung (1=schlecht / 10=gut)																						
Süchte (1=gefährdet / 10=nicht gefährdet)																						
Bewegung im Alltag fällt mir leicht (z.B. Treppensteigen) (1=schlecht / 10=gut)																						
Ich fühle mich während dem Sporttreiben fit (1=unfit / 10=fit)																						
Ich fühle mich während dem Sporttreiben schnell / kräftig (1=langsam/kraftlos / 10=schnell/kräftig)																						
Erholung nach Anstrengungen (1=lange / 10=schnell)																						
Ich bin gut eingeschlafen (1=lange / 10=schnell)																						
Ich habe gut durchgeschlafen (1=unkonzentriert / 10=voll konzentriert)																						
Ich fühle mich morgens erholt (1=unausgeglichen / 10=voll ausgeglichen)																						
Entzündungen (1= häufig/ 10= nie)																						
Immunsystem (1=schlecht / 10=gut)																						
Appetit (1=Appetitlosigkeit / 10=Heisshunger)																						
Durstgefühl (1=kein Durstgefühl / 10=durstig)																						
Frustessen (1=immer 10=nie)																						

Mit dem Retournieren des ausgefüllten Fragebogens tragen Sie zur Erhaltung und Weiterentwicklung eines Qualitäts-Medizinproduktes bei. Bitte die beiden ausgefüllten Fragebogen (vorher – nachher) retournieren an DELIN BIONICS GmbH, Platz 4. 6039 Root D4, info@delinbionics.com. Die Daten werden vertraulich behandelt und nur für interne Zwecke verwendet. Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail: info@delinbionics.com. Besten Dank für Ihre Unterstützung.