

MIJN JOURNAAL: TRACKER

NeuroSupport Evaluatieformulier

NAAM:

DATUM:

SESSIE:

MIJN LEVENSKWALITEIT OP EEN SCHAAL VAN **1 TOT 10**:

ITEM Kies de items die u het liefst ziet veranderen.	DUUR Hoe lang duurde dit? Tel de tijd dat u sliep niet mee.	INTENSITEIT Hoe hevig was het? Een cijfer van 0-10.	FREQUENTIE Hoe vaak ervoer u dit in de afgelopen week, of op hoeveel dagen van de 7?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			