



DAVOS

**Psychotherapeutische Praxis Dr. Wilkening**

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

# Angst-Tagebuch

Name

Datum

Bitte sofort nach jedem Angstanfall eintragen.  
Wenn nötig machen Sie zusätzliche Notizen auf der Rückseite

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Grundangst (0-10)</b>							
<b>Angst (0-10)</b>							
<b>Symptome</b>							
<b>Erste Zeichen</b>							
<b>Wo (E/U)</b>							
<b>Wer?</b>							
<b>Was?</b>							
<b>Gedanken</b>							

1. Kurzatmigkeit oder Atemnot; 2. Todesangst; 3. Herzklopfen oder unregelmäßiger Herzschlag; 4. Schwitzen; 5. Erstickungs- oder Würgegefühle; 6. Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühl; 7. Angst, verrückt zu werden; 8. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle im Brustkorb; 9. Zittern oder Beben; 10. Kribbeln oder Taubheit in Körperteilen; 11. Hitzewallungen oder Kälteschauer; 12. Übelkeit oder Magen-Darbeschwerden; 13. Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins; 14. Angst, die Kontrolle zu verlieren; 15. Andere Symptome