

Kurzintervention bei Insomnie – KI

Kontaktbogen KI

Teilnehmerin/Teilnehmer Nummer: _____

Name:	_____
Vorname:	_____
Straße:	_____
PLZ:	_____
Ort:	_____
Geb.-Datum:	_____
Telefon:	_____
Arzt/Therapeut:	_____

Schlaftrainingsgruppe: _____

Einladung zugeschickt am: _____

Zusage-/Rücksendung Unterlagen am: _____

Anwesenheit bei Training:

1. Termin: _____

2. Termin: _____

3. Termin: _____

4. Termin: _____

Rückmeldung an Arzt/Therapeut: _____

Bemerkungen:

Fragebogenergebnisse:

Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI) (Anhang 12.2)

Summenwert vor der Intervention: _____

Summenwert am Ende der Intervention: _____

Insomnie Schweregrad Index (ISI-G) (Anhang 12.3)

Summenwert vor der Intervention: _____

Summenwert am Ende der Intervention: _____

Berlin FB (DA) (Anhang 12.4)

Summenwert vor der Intervention: _____

Summenwert am Ende der Intervention: _____

RLS FB (DA) (Anhang 12.5)

Summenwert vor der Intervention: _____

Summenwert am Ende der Intervention: _____

ESS FB (DA) (Anhang 12.6)

Summenwert vor der Intervention: _____

Summenwert am Ende der Intervention: _____