

Kurzintervention bei Insomnie – KI

Patienten-Teilnahmebestätigung KI

Hiermit bestätige ich meine Teilnahme an der Kurzintervention bei Insomnie.

Dieser Teilnahmebestätigung habe ich die von mir ausgefüllten fünf Fragebögen beigelegt.

Ich beginne mit dem Ausfüllen des ersten Schlafprotokolls drei Wochen vor dem ersten Termin.

Name: _____

Vorname: _____

Ort, Datum: _____