

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: _____

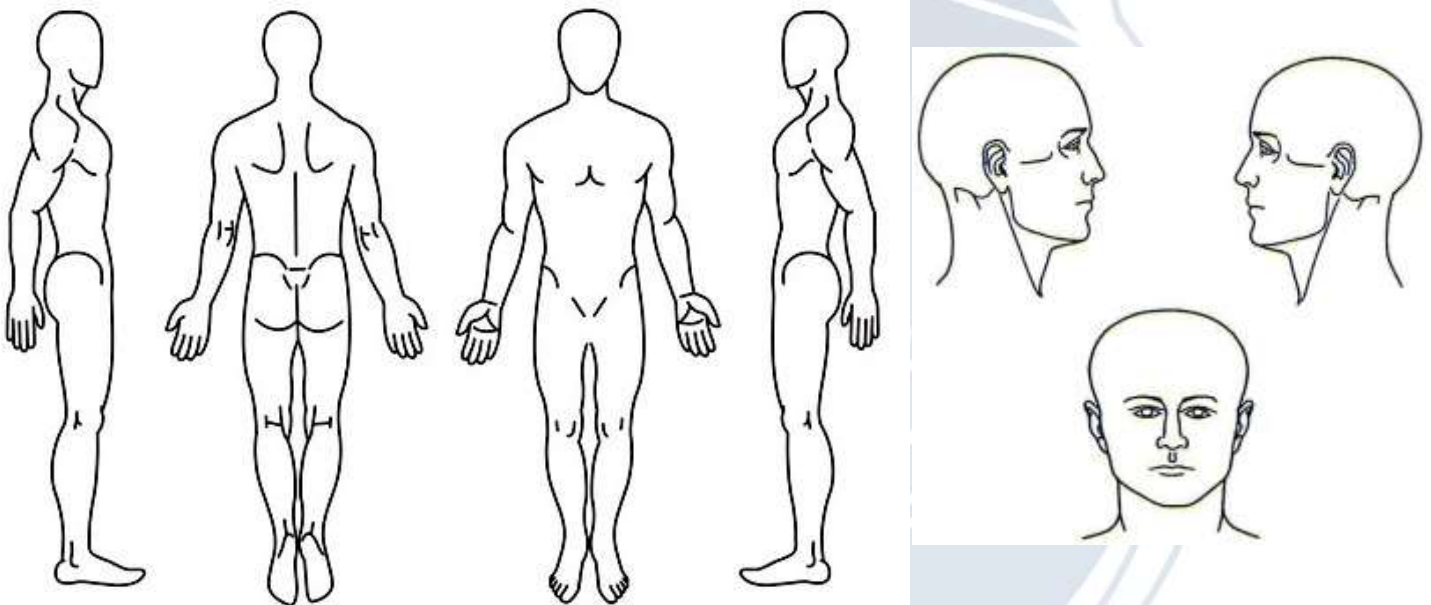
Alter: _____

Beruf: _____

Sport/Hobby: _____

Datum, Unterschrift _____

Diagnose laut Rezept: _____



Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?

Haben Sie Schmerzen?

ja ☐ nein ☐

Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

ja ☐ nein ☐

Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)?

ja ☐ nein ☐

Ist Ihre Kraft (im neurologischen Sinn) verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Krämpfe oder Inkontinenz?

ja ☐ nein ☐

Wenn Sie eine der letzten drei Fragen mit Ja beantwortet haben fügen Sie bitte den Bogen Neurologie bei.

Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

a) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte unterstreichen)

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Nahrungsaufnahme, Zyklus, Stuhlgang, Wasserlassen,

Sonstiges: _____



Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

Beschreiben Sie kurz den Tages-Verlauf Ihrer Beschwerden: _____

Wie ist momentan Ihr allgemeiner Funktionsstatus?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(Ich funktioniere überhaupt nicht) (Funktion ohne Einschränkung)

Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturz/OP, der im Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen könnte? Kurz nennen: _____ ja ☐ nein ☐

Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja ☐ nein ☐

Mein Schmerz wurde durch körperliche Betätigung verursacht. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Bitte die Summe aus den nächsten vier Fragen zusammenrechnen

Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Ich sollte keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Ich kann keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Wenn die Summe größer ist als 15 fügen Sie bitte noch den Bogen für chronische Schmerzen bei. Summe: _____

Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? (bitte einkreisen)

Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen) ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Doppelbildern, Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Tinnitus, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, gestörte Bewegungskoordination, Schwindel, Übelkeit verändertes Riechen, Schmecken? (bitte einkreisen) ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Fieber, extremes nächtliches Schwitzen, Schluckbeschwerden, Kurzatmigkeit, morgendlicher Steifheit, leichte Blutergüsse? (bitte einkreisen) ja ☐ nein ☐

Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? Wenn ja, bitte auch den Medikamentenplanausfüllen. ja ☐ nein ☐

Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja ☐ nein ☐Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja ☐ nein ☐Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐

Bewegen Sie sich pro Woche

150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja ☐ nein ☐75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja ☐ nein ☐



Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie Schwierigkeiten durchschlafen?

ja ☐ nein ☐

Wenn Sie die letzten beiden Fragen mit Ja beantwortet haben fügen Sie bitte noch den Bogen für Schlafverhalten bei.

Wie ist Ihre Stimmung?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(niedergeschlagen)

(bester Stimmungslage, euphorisch)

Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird?

ja ☐ nein ☐

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
Überhaupt nicht (1) - An einzelnen Tagen (2) - An mehr als der Hälfte der Tag (3) - Beinahe jeden Tag (4)

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

0 – 1 – 2 – 3 – 4

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

0 – 1 – 2 – 3 – 4

Summe aus den letzten zwei Fragen: _____

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

0 – 1 – 2 – 3 – 4

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.

0 – 1 – 2 – 3 – 4

Summe aus den letzten zwei Fragen: _____

Ist eine der letzten beiden Summe über drei fügen Sie bitte noch den Bogen für Psychosomatik bei.

Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme im Bewegungsapparat?

ja ☐ nein ☐

Kreisen Sie bitte die Entsprechende Region ein und wenn möglich erklären Sie genauer:

Fuß, Unterschenkel, Knie, Oberschenkel, Hüfte, Becken, Bauch, Brust, Wirbelsäule, Schultern, Arme, Ellenbogen, Hand, Nacken, Kopf, Kiefer, Sonstiges

Haben Sie andere bedeutsame Nebenerkrankungen in folgenden Bereichen?

ja ☐ nein ☐

Kreisen Sie bitte die Entsprechende Region ein und wenn möglich erklären Sie genauer:

Psyche, Nerven, Knochen, Immunsystem, Ohren, Nase, Augen, Mund, Schilddrüse, Lunge, Herz, Speiseröhre, Magen, Dünndarm, Dickdarm, Unverträglichkeiten, Allergien, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Blase, Gynäkologisch, Urologisch, Sonstiges

Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/Anderes

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie: _____



Meine Medikamente

Name:

Geburtsdatum:

Listen Sie alle Mittel auf, die Sie anwenden: verschriebene und nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, auch pflanzliche Mittel und Nahrungsergänzungsmittel, neben Tabletten und Kapseln auch Sprays, Salben, Zäpfchen u. a.

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Dosierschema				Einheit	Hinweise	Grund
				<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>zur Nacht</i>			



Behandlungsvertrag

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Email: _____

bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift auf Seite 7, dass sie/er mit der Vereinbarung eines Behandlungstermins bei

Osteopathie Steffen Gizas
Inhaber: Steffen Gizas
Heilpraktiker; zugelassen nach dem HPG
Maria-Merian-Straße 9
70736 Fellbach
Tel.: 01575 8063339

folgende allgemeine Vertragsbedingungen (AGB) im Sinne eines Behandlungsvertrags zur Kenntnis genommen hat.

§ 1 Vertragsgegenstand

Der/Die Patient/in nimmt in dieser Praxis eine naturheilkundliche Behandlung in Anspruch einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik- und Therapieverfahren. Der/Die Patient/in ist darüber aufgeklärt, dass die Therapie keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt ersetzt. Er/Sie ist aufgefordert, sich zu einem Arzt zu begeben, wenn er/sie möglicherweise kontraindizierte Beschwerden z.B. zur chiropraktischen Therapie aufweist (siehe umseitig). Es ist die Sorgfaltspflicht des Patienten, Röntgenbilder oder vergleichbares diagnostisches Bildmaterial (MRT, CT) und/oder Laborberichte beizubringen, sollte dies von differentialdiagnostischem Nutzen für die Behandlung sein.

§ 2 Schweigepflicht

Steffen Gizas und auch Hospitanten/Praktikanten der Praxis Osteopathie Steffen Gizas unterliegen der Schweigepflicht. Für den Fall der Auskunftserteilung an Kostenträger, familiäre Bezugspersonen oder auch Ärzte muss die Praxis Osteopathie Steffen Gizas von dieser Schweigepflicht schriftlich durch den Patienten entbunden werden.

§ 3 Versprechen auf Heilung

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.



§ 4 Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung durch Leistungsträger

Der/Die Patient/in bezahlt an die Praxis Osteopathie Steffen Gizas bei Selbstzahlung einen festgelegten Satz, je nach Behandlungsart, siehe Auflistung unten. Nach Erhalt der Rechnung ist diese sofort mit EC- oder Kreditkarte oder per Überweisung und ohne Abzug zu begleichen. Jede Behandlung wird einzeln abgerechnet. Sollte der Patient eine Leistungsaufstellung wünschen, z.B. zur Abrechnung mit einem privaten Kostenträger (PKV/Beihilfe), wird nach den Ziffern der Gebührenordnung Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet. Häufig müssen sogenannte Analogziffern eingesetzt werden, was die GebüH aber explizit erlaubt. Der Patient leitet eigenverantwortlich das Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen privaten oder gesetzlichen Kostenträger ein und informiert sich über dazu notwendige Genehmigungsverfahren. Die Praxis wirkt bei Bedarf dahingehend daran mit, dass bei Bedarf Gutachten erstellt werden. Eine Nichterstattung oder Teilerstattung von einem Kostenträger (Privatkrankenkassen und gesetzliche Krankenkassen o.ä.) hat jedoch keinerlei Einfluss auf die vereinbarte Kostenforderung. Nicht erstattete Kosten müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Behandlungen

Osteopathie	60min	120€
Osteopathie Kontrolltermin	30min	60€
Neuraltherapie	30min	70€
Dry Needling	30min	60€
Gang-/Laufanalyse	30min	60€
Gesundheits- und Präventionsberatung	60min	120€

Die Preise können Änderungen unterliegen; ist der Vertrag älter als 3 Monate sind die aktuell gültigen Preise der Website zu entnehmen.

§ 5 Ausfallhonorar

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen schuldet der Patient der Praxis Osteopathie Steffen Gizas ein Ausfallhonorar in Höhe von 100% des vereinbarten Honorars (vergleiche § 2). Die vorstehende Zahlungsverpflichtung tritt nicht ein, wenn der Patient einen Werktag (24h) vor dem vereinbarten Termin absagt (Montagstermine bitte am Freitag absagen) oder ohne sein Verschulden, z.B. im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls, am Erscheinen gehindert ist (dies muss allerdings durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden).



§ 6 Kündigung

Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, mit einer Frist von 24h schriftlich gekündigt werden (auch via Telefax oder Email – in letzterem Fall bitte als PDF). Bitte beachten Sie, dass dieser Passus nur dann notwendig ist, wenn Sie tatsächlich einen Termin mit unserer Praxis vereinbart haben. Der Vertrag „ruht“ für den Fall, dass Sie keinen Termin bei uns vereinbart haben, ohne dass Ihnen daraus jedwede Verpflichtung entsteht.

§ 7 Wissenschaftliche Datenerhebung

Alle Daten, die die Beschwerden des Patienten betreffen können für Studien und ähnliche wissenschaftliche Arbeiten zusammengefasst und gegebenenfalls veröffentlicht werden, immer und ausschließlich ohne persönliche Daten wie Namen, Adresse oder Kontaktdaten.

§ 8 Datenschutz und Schriftverkehr

Sie erklären sich einverstanden, dass in der Einrichtung Osteopathie Steffen Giszas Ihre Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Sie bestätigen, dass Sie ein Informationsblatt zum Datenschutz erhalten haben und dazu Rückfragen stellen konnten

- über den Umfang und die Art der Daten
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass

- Sie betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Sie betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere Sie behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten/Physiotherapeuten o.ä. übermittelt werden dürfen.

Es ist Ihnen bekannt, dass Sie diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen können. Sie sind über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

Sie stimmen der Nutzung Ihrer Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere sind Sie mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages ungültig sein oder werden, bleibt damit die Wirksamkeit des Vertrages unberührt. Die ungültige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck und dem Parteiwillen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses am nächsten kommt.



§ 10 Besondere Risiken der Manipulationstechnik („Chiropraktik“, „Impulstechnik“)

Mit sogenannten Manipulationstechniken bzw. chiropraktischen Eingriffen oder auch Impulstechniken können funktionelle Beschwerden am Bewegungsapparat, besonders der Gelenke, behandelt werden. Hierbei wird nach Verriegelung des Gelenkes mittels eines kleinen Impulses mit niedriger Amplitude und möglichst geringer Kraftaufwendung, eine Mobilisation des Gelenkes bewirkt. In der Osteopathie gibt es auch eine Auswahl anderer Methoden um "blockierte" Gelenke zu behandeln. Dazu gehören unter anderem das General Osteopathic Treatment (GOT) oder die sogenannten Muskel-Energie-Techniken. Sollte es trotzdem dazu kommen, dass Ihr Therapeut Sie mittels einer chiropraktischen Technik behandeln möchte, so informieren Sie ihn bitte, sofern nicht schon im Rahmen des Aufklärungsgesprächs geschehen, wenn...

- Sie nach Manipulationen schon einmal gesundheitliche Probleme oder Nachwirkungen hatten
- bei Ihnen eine Osteoporose bekannt ist
- Sie schon längerfristig Steroidhormone (z.B. Kortison) oder Gerinnungshemmer (Marcumar, Aspirin, Eliquis o.ä.) einnehmen
- bei Ihnen angeborene Fehlbildungen von Wirbeln bzw. der Wirbelsäule bekannt sind
- bei Ihnen eine Tumorerkrankung vorliegt oder
- Sie an rheumatischen Gelenkerkrankungen leiden.

In den genannten Fällen (sog. Kontraindikationen) kann es sein, dass die Risiken einer Verletzung die Vorteile einer erfolgreichen Manipulation überwiegen und der Therapeut daher evtl. auf die Manipulationstechnik verzichten wird. Durch den Gesetzgeber sind wir gehalten, Sie über zwar sehr seltene, aber dennoch mögliche Komplikationen aufzuklären. Dazu gehören:

- Nackenschmerzen, auch mit Ausstrahlung in einen oder beide Arme oder Beine. Dabei kann es auch zu Empfindungsstörungen kommen.
- Prellungen oder Frakturen (Brüche)
- (nur) bei Manipulationen der Halswirbelsäule: durch Gefäßverletzungen oder -verstopfungen kann es zu einer Minderversorgung (v.a. Durch die A. Vertebralis) im Bereich des Groß- und/oder Kleinhirns kommen. Dadurch kann es zu neurologischen Ausfällen kommen. Mögliche Folgen können Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Sensibilitätsausfälle, Fallneigung, Schlaganfall oder sogar Todesfälle sein.
- Bei vorgeschädigter Bandscheibe oder klinisch unauffälligem Bandscheibenvorfall kann es zu Beschwerden im Sinne einer Gelegenheitsursache kommen, d.h. dieses Ereignis wäre dann auch durch einen anderen "banalen Auslöser", wie z.B. Husten oder ungeschicktes Bücken, ausgelöst worden.



§ 11 Besondere Risiken der Neuraltherapie

Bei der Neuraltherapie wird ein Betäubungsmittel (Lokal-Anästhetikum wie z. B. Procain) in bestimmten Stellen des Körpers injiziert, um das vegetative Nervensystem zu beeinflussen. Hauptsächliches Anwendungsgebiet sind Störfelder wie Narben oder Reflexzonen, wie die Head'schen Zonen. In der Osteopathie gibt es auch eine Auswahl anderer Methoden, um Narben oder Reflexzonen zu behandeln. Dazu gehören unter anderem die Querfriktionen nach Zyriax oder die Bindegewebsmassage. Sollte es trotzdem dazu kommen, dass Ihr Therapeut Sie mittels der Neuraltherapie behandeln möchte, so informieren Sie ihn bitte, sofern nicht schon im Rahmen des Aufklärungsgespräches geschehen, wenn...

- Allergien vor allem gegen Lokalanästhetika bekannt sind
- Sie blutverdünnende Medikamente nehmen oder Gerinnungsstörungen haben
- Sie einen sehr niedrigen Blutdruck haben und leicht kollabieren

Zu erwartende Reaktionen und normale Phänomene während der Behandlung sind ein kurzer Stich in die Haut, ein brennender Schmerz während der Injektion und das vorübergehende Auslösen des bekannten Schmerzmusters oder eines Teils davon.

Sie können die Behandlung jederzeit selbst unterbrechen durch ein klares Signal an den Therapeuten, wie den Ausruf „Stopp“.

Nach der Behandlung kann es zu kleinen Hämatomen oder muskelkaterartigen Beschwerden kommen. Diese Reaktionen sind als normal anzusehen.

Komplikationen, die auftreten können, sind:

- vegetative Symptome, wie Schwindel oder Übelkeit
- allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock
- größere Einblutungen

Zur Minimierung des Risikos wird vor der Behandlung ein Tropfen des verwendeten Lokal-anästhetikums auf der Innenseite des Unterarms injiziert und die Reaktion beobachtet, um eine Allergie frühzeitig zu erkennen. Weiter wird auch aufgrund rechtlicher Grundlagen nur eine intracutane Injektion (das heißt nur in die Haut, nicht tiefer) durchgeführt.

Osteopathie
Steffen Giszas



§ 12 Besondere Risiken beim Dry Needling

Unter Dry Needling (DN) versteht man den Gebrauch von sterilen Einweg-Akupunkturnadeln zur Behandlung von Schmerzen und Dysfunktionen am Bewegungsapparat. Obwohl beim DN Akupunkturnadeln verwendet werden, hat die DN-Behandlung keine Gemeinsamkeiten mit der klassischen Form der Akupunktur. DN ist eine minimalinvasive Technik, bei der man die Nadeln in myofasziale Triggerpunkte einsticht, um dort einen Stau an Stoffwechselendprodukten zu lösen. Dadurch kann es zu einer lokalen Zuckungsantwort kommen. So soll der Hartspann gelöst werden und ein entspannter Ruhezustand wiederhergestellt werden. In der Osteopathie gibt es auch eine Auswahl anderer Methoden, um verspannte Muskeln zu behandeln. Dazu gehören unter anderem die Strain-Counterstrain-Technik (SCS) oder die Triggerpunktbehandlung. Sollte es trotzdem dazu kommen, dass Ihr Therapeut Sie mittels Dry Needling behandeln möchte, so informieren Sie ihn bitte, sofern nicht schon im Rahmen des Aufklärungsgesprächs geschehen, wenn Sie...

- Medikamente zur Blutverdünnung nehmen oder unter Gerinnungsstörungen leiden
- Osteosynthesen oder Transplantate haben
- schwanger sind
- unter einer psychiatrischen Erkrankung leiden
- ein erhöhtes Infektionsrisiko durch Nebenerkrankungen wie Diabetes oder HIV oder durch Immunsuppressiva haben
- Angst vor Nadeln haben
- unter Gefühlsstörungen leiden
- an Epilepsie leiden
- eine Metallallergie haben

Zu erwartende Reaktionen und normale Phänomene während der Behandlung sind ein kurzer Stich in die Haut, eine lokale Zuckungsreaktion, kurze krampfartige Schmerzen und das vorübergehende Auslösen des bekannten Schmerzmusters oder eines Teils davon.

Unerwünschte Reaktionen während der Behandlung können dagegen ein starker Schmerz beim Einstich durch die Haut oder brennende oder stechende Schmerzen während der Behandlung sein.

Sie können die Behandlung jederzeit selbst unterbrechen durch ein klares Signal an den Therapeuten, wie den Ausruf „Stopp“.

Nach der Behandlung kann es zu kleinen Hämatomen oder muskelkaterartigen Beschwerden kommen. Diese Reaktionen sind als normal anzusehen.

Komplikationen, die auftreten können, sind:

- Verletzungen von inneren Organen (inkl. Pneumothorax), Nerven oder Gefäßen
- Infektionen
- vegetative Symptome, wie Schwindel oder Übelkeit
- das Abbrechen der Dry Needling-Nadel
- Herzrhythmusstörungen oder das Auslösen eines epileptischen Anfalls
- Abort



Hiermit bestätigen Sie, dass Sie keine Kontraindikation im Sinne von § 10-12 haben und den Therapeuten selbstständig informieren, wenn sich eine Änderung ergeben hat. Folgend sind die Kontraindikationen erneut aufgezählt:

- Osteosynthesen oder Transplantate
- Schwangerschaft
- psychiatrischen Erkrankungen
- Erhöhtes Infektionsrisiko durch Nebenerkrankungen wie Diabetes oder HIV oder durch Immunsuppressiva
- Angst vor Nadeln
- Gefühlsstörungen
- Epilepsie
- Allergien vor allem gegen Lokalanästhetika oder Metalle
- sehr niedriger Blutdruck oder Neigung zum Kollabieren
- gesundheitliche Probleme oder Nachwirkungen nach vergangenen Manipulationen
- Osteoporose
- Einnahme von Steroidhormonen (z.B. Kortison) oder Gerinnungshemmern (Marcumar, Aspirin, Eliquis o.ä.) oder Gerinnungsstörungen
- angeborene Fehlbildungen von Wirbeln bzw. der Wirbelsäule
- Tumorerkrankung
- rheumatische Gelenkerkrankungen

Ort, Datum

Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Hiermit bestätige ich, den Behandlungsvertrag gelesen und verstanden zu haben sowie mit allen Punkten einverstanden zu sein, um die Behandlungen zu beginnen:

Ort, Datum

Steffen Gizas, Heilpraktiker

Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter



1. Umfang der Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich erhebe und verwende personenbezogene Daten meiner Patienten grundsätzlich nur, soweit dies zur Bereitstellung einer funktionsfähigen Praxis und Terminplanung erforderlich ist. Die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten meiner Patienten erfolgt regelmäßig nur nach Einwilligung des Patienten. Eine Ausnahme gilt in solchen Fällen, in denen eine vorherige Einholung einer Einwilligung aus tatsächlichen Gründen nicht möglich ist und die Verarbeitung der Daten durch gesetzliche Vorschriften gestattet ist.

2. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Soweit ich für Verarbeitungsvorgänge personenbezogener Daten eine Einwilligung der betroffenen Person einhole, dient Art. 6 Abs. 1 lit. a EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) als Rechtsgrundlage.

Bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die zur Erfüllung eines Vertrages, dessen Vertragspartei die betroffene Person ist, erforderlich ist, dient Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO als Rechtsgrundlage. Dies gilt auch für Verarbeitungsvorgänge, die zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich sind.

Soweit eine Verarbeitung personenbezogener Daten zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist, der das Unternehmen unterliegt, dient Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO als Rechtsgrundlage.

Für den Fall, dass lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person eine Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich machen, dient Art. 6 Abs. 1 lit. d DSGVO als Rechtsgrundlage.

Ist die Verarbeitung zur Wahrung eines berechtigten Interesses des Unternehmens oder eines Dritten erforderlich und überwiegen die Interessen, Grundrechte und Grundfreiheiten des Betroffenen das erstgenannte Interesse nicht, so dient Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung.

3. Datenlöschung und Speicherdauer

Die personenbezogenen Daten der betroffenen Person werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung darüber hinaus kann erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen der Verantwortliche unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Sperrung oder Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht.



Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

(deutsche Version)

Hier sind ein paar Aussagen anderer Patienten über ihren Schmerz. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage eine Nummer zwischen 0 und 6 an. Bitte beurteilen Sie, inwieweit körperliche Betätigungen wie z.B. Vorbeugen, Heben, Gehen oder Fahren ihren Rückenschmerz beeinflussen oder beeinflussen würden. Die Wertung „6“ entspricht einer vollen Zustimmung. Werten Sie mit „0“, dann stimmen Sie definitiv nicht zu. Die Zahlen im mittleren Bereich sind mit einer unentschiedenen Haltung gleichzusetzen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem aktuellen Zustand. Sollten Sie momentan keine Beschwerden haben, dann bewerten Sie die Fragen entsprechend Ihrem Zustand in der vergangenen Woche.

Name: _____

Datum: _____

Aussage	Wertung					
1. Mein Schmerz wurde durch körperliche Betätigung verursacht.	1	2	3	4	5	6
2. Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz.	1	2	3	4	5	6
3. Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden.	1	2	3	4	5	6
4. Ich sollte keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	1	2	3	4	5	6
5. Ich kann keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	1	2	3	4	5	6

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie sich Ihre normale Arbeit auf Ihren Rücken auswirkt oder auswirken könnte.

Aussage	Wertung					
6. Mein Schmerz wurde durch meine Arbeit oder durch einen Unfall bei meiner Arbeit verursacht.	1	2	3	4	5	6
7. Meine Arbeit verstärkte meinen Schmerz.	1	2	3	4	5	6
8. Ich habe eine Forderung nach Schadensersatz bezüglich meines Schmerzes gestellt.	1	2	3	4	5	6
9. Meine Arbeit ist für mich zu schwer.	1	2	3	4	5	6
10. Meine Arbeit verstärkt (oder könnte) meine Schmerzen (verstärken).	1	2	3	4	5	6
11. Meine Arbeit schadet meinem Rücken.	1	2	3	4	5	6
12. Ich sollte meiner regulären Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen nachgehen.	1	2	3	4	5	6
13. Ich kann meine normale Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen ausführen.	1	2	3	4	5	6
14. Ich kann meine normale Arbeit nicht wieder aufnehmen, bis mein Schmerz behandelt wurde.	1	2	3	4	5	6
15. Ich denke nicht, dass ich innerhalb von 3 Monaten zu meiner normalen Arbeit zurückkehren kann.	1	2	3	4	5	6
16. Ich denke nicht, dass ich jemals wieder werde arbeiten können.	1	2	3	4	5	6



Graded Chronic Pain Scale (GCPS)

Bitte beantworten Sie die folgenden sieben Fragen Ihre Hauptschmerzen betreffend!

Frage 1:

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

Tage: _____

In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen. Sie können Ihre Schmerzen jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Ihre Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 2:

Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------------------------

Frage 3:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------------------------

Frage 4:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------------------------

Bei den folgenden Fragen 5 bis 7 geht es um die Beeinträchtigung Ihrer Aktivitäten durch Schmerzen. Sie können Ihre Beeinträchtigung jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Beeinträchtigung haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande waren/sind, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 5:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerzen
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---

Frage 6:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien und Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerzen
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---

Frage 7:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	----------------------------



CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY

German version (CSI-GE)

Zentraler Sensibilisierungsfragebogen TEIL A

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage die für Sie aktuell am besten passende Antwort an.

		nie	sel- ten	gele- gent- lich	oft	im- mer
1	Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich müde und nicht erholt.	0	1	2	3	4
2	Meine Muskeln fühlen sich steif und schmerzhaft an.	0	1	2	3	4
3	Ich habe Angstattacken.	0	1	2	3	4
4	Ich knirsche oder beiße meine Zähne zusammen.	0	1	2	3	4
5	Ich habe Probleme mit Durchfall und/oder Verstopfung.	0	1	2	3	4
6	Ich brauche Hilfe bei der Verrichtung meiner Alltagstätigkeiten.	0	1	2	3	4
7	Ich reagiere empfindlich auf helles Licht.	0	1	2	3	4
8	Ich ermüde sehr schnell bei körperlichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4
9	Ich habe am ganzen Körper Schmerzen.	0	1	2	3	4
10	Ich habe Kopfschmerzen.	0	1	2	3	4
11	Meine Blase fühlt sich unangenehm an und/oder ich habe Brennen beim Wasserlassen.	0	1	2	3	4
12	Ich schlafe nicht gut.	0	1	2	3	4
13	Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3	4
14	Ich habe Hautprobleme, wie z.B. trockene oder juckende Haut oder Hautausschlag.	0	1	2	3	4
15	Stress verstärkt meine körperlichen Beschwerden.	0	1	2	3	4
16	Ich fühle mich traurig oder niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
17	Ich habe wenig Energie.	0	1	2	3	4
18	Ich habe Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich.	0	1	2	3	4
19	Ich habe Kieferschmerzen.	0	1	2	3	4
20	Mir wird von manchen Gerüchen, wie z.B. Parfüm, schwindelig und übel.	0	1	2	3	4
21	Ich muss häufig Wasserlassen.	0	1	2	3	4
22	Meine Beine fühlen sich unangenehm und ruhelos an, wenn ich versuche nachts einzuschlafen.	0	1	2	3	4
23	Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.	0	1	2	3	4
24	Ich erlitt als Kind traumatische Erlebnisse.	0	1	2	3	4
25	Ich habe Schmerzen im Beckenbereich.	0	1	2	3	4
Gesamtsumme						



Zentraler Sensibilisierungsfragebogen TEIL B

Hat ein Arzt/eine Ärztin bei Ihnen eine der folgenden Diagnosen gestellt?

Bitte kreuzen Sie auf der rechten Seite die passende Antwort zu jeder ärztlichen Diagnose an und geben Sie das Jahr an in dem die Diagnose gestellt wurde.

		nein	ja	Jahr der Diagnose- stellung
1	Restless-Legs-Syndrom (Syndrom der unruhigen Beine)			
2	Chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronisches Fatigue Syndrom)			
3	Fibromyalgie			
4	Kiefergelenks-Funktionsstörung (Craniomandibuläre Dysfunktion)			
5	Migräne oder Spannungskopfschmerz			
6	Reizdarmsyndrom (Colon irritabile)			
7	Unverträglichkeit gegen verschiedene chemische Substanzen (Multiple Chemical Sensitivity)			
8	Nackenverletzung (einschließlich Schleudertrauma)			
9	Angst- oder Panikattacken			
10	Depression			

Osteopathie
Steffen Giszas



Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS)

(nicht validierte Version (eigene Übersetzung))

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie Sie Ihre Schmerzen spüren.

- Bitte denken Sie darüber nach, wie sich die Schmerzen über die letzte Woche angefühlt haben. Bitte markieren Sie diejenigen Antworten, die am besten Ihre Schmerzen beschreiben.
- Unabhängig davon, wie stark Ihre Schmerzen sind, können die Beschreibungen zutreffen oder nicht zutreffen.
- Kreuzen Sie bitte nur die Antworten an, die Ihre Schmerzen beschreiben.

Frage 1

In dem Gebiet, in dem Sie die Schmerzen haben, verspüren Sie dort auch ungewöhnliche Gefühlsstörungen wie Ameisenlaufen, Kribbeln oder ein Gefühl wie Nadelstiche?

NEIN – Ich verspüre keine Gefühlsstörungen in dem Gebiet.

JA – Ich habe diese Gefühlsstörungen oft.

Frage 2

Verändert sich die Hautfarbe im schmerzhaften Gebiet (sieht sie vielleicht röter aus oder marmoriert/ gefleckt), wenn der Schmerz besonders stark ist?

NEIN – Die Schmerzen beeinflussen die Hautfarbe nicht.

JA – Mir ist aufgefallen, dass die Schmerzen dazu führen, dass die Hautfarbe anders aussieht als normal.

Frage 3

Reagiert die Haut im betroffenen Gebiet durch die Schmerzen ungewöhnlich empfindlich auf Berührung? Es kann zum Beispiel sein, dass leichte Berührung der Haut zu unangenehmen Gefühlen oder Schmerzen führt.

NEIN – Die Schmerzen machen meine Haut im betroffenen Gebiet nicht ungewöhnlich empfindlich auf Berührung.

JA – Meine Haut im betroffenen Gebiet ist besonders empfindlich auf Berührung.



Frage 4

Kommen Ihre Schmerzen plötzlich und ohne erkennbaren Grund, wenn Sie sich nicht bewegen? Beschreibungen für diese Art von Schmerz könnten z.B. sein: „anfallsartig“, „wie ein Stromschlag“ oder „vor Schmerz aufspringend“.

NEIN – Mein Schmerz fühlt sich eigentlich nicht so an.

JA – Diese Art von Empfindung habe ich oft.

Frage 5

Fühlt sich in dem Gebiet, in dem Sie Schmerzen haben, die Haut ungewöhnlich heiß an, wie ein brennender Schmerz?

NEIN – Ich habe keinen brennenden Schmerz.

JA – Ich habe oft brennenden Schmerz.

Frage 6

Reiben Sie vorsichtig eine Stelle im betroffenen, schmerzhaften Gebiet (das Sie oben angegeben haben) mit Ihrem Zeigefinger und reiben Sie dann ebenso eine Stelle in einem nicht-betroffenen Gebiet (z.B. eine Stelle weiter weg vom betroffenen Gebiet oder auf der gegenüber-liegenden Seite des betroffenen Gebiets). Wie fühlt sich dieses Reiben im betroffenen Gebiet an?

NEIN – Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich nicht anders an als die im nicht-schmerzhaften Gebiet.

JA – Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich unangenehm an, wie Nadelstiche, Kribbeln oder Brennen, das Gefühl unterscheidet sich von der Stelle im nicht-schmerzhaften Gebiet.

Frage 7

Drücken Sie vorsichtig mit Ihrer Fingerspitze auf eine Stelle im betroffenen Gebiet und drücken Sie dann auf die gleiche Art auf die nicht-betroffenen Stelle. Wie fühlt sich dieses Drücken im betroffenen Gebiet an?

NEIN – Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich nicht anders an als die im nicht-schmerzhaften Gebiet.

JA – Ich spüre eine Taubheit oder Empfindlichkeit im schmerzhaften Gebiet, die anders ist als im nicht-schmerzhaften Gebiet.



Patient Health Questionnaire 9

(PHQ-9)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt Nicht	An Einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe Jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3
Gesamtsumme:					



Pain Catastrophizing Scale (PCS)

(deutsche Version)

Hier finden Sie verschiedene Fragen vor. Bitte lesen Sie jeweils die Einleitung und füllen Sie alle nachfolgenden Fragen aus. Irgendwann im Leben erleidet jeder Mensch einmal Schmerzen. Dies können z. B. Kopf-, Zahn-, Gelenk- oder Muskelschmerzen sein. Menschen sind oft Situationen ausgesetzt, die Schmerzen verursachen wie Krankheiten, Verletzungen, Zahnbehandlungen oder Operationen. Wir sind an den Gedanken und Gefühlen interessiert, die Sie haben, wenn Sie Schmerzen erleiden. Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Wenn ich Schmerzen habe, beschäftigen mich folgende Gedanken...

Bedeutung	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils-teils	Trifft eher zu	Trifft immer zu
Bewertung	0	1	2	3	4

Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl
jemals wieder aufhören werden. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke, ich kann nicht mehr. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie
mehr besser wird. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich
Schmerzen hatte. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der
Schmerzen herbeiwünsche. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas
Schlimmes hindeuten. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Gesamtsumme: _____



REGENSBURGER INSOMNIE SKALA (RIS)

Datum: _____ Name: _____ Geb.Datum: _____

Die folgenden Fragen sollen Ihrem behandelnden Therapeuten eine Einschätzung Ihrer Schlafstörung ermöglichen. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie nachfolgend bei der zutreffenden Antwort ein Kreuz machen. Es darf nur ein Kreuz pro Frage bzw. Aussage gemacht werden. Die Fragen beziehen sich auf die letzten vier Wochen.

Meine üblichen Bettzeiten sind: vonUhr bis.....Uhr

	1-20 min 0	20-40 min 1	40-60 min 2	60-90 min 3	mehr als 90 min 4
1. Wie viele Minuten brauchen Sie in der Regel um einzuschlafen?					
2. Wie viele Stunden glauben Sie, durchschnittlich nachts zu schlafen?	7 und mehr 0	5-6 1	4 2	2-3 3	0-1 4
	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
3. Ich kann nicht durchschlafen.	4	3	2	1	0
4. Ich wache zu früh auf.	4	3	2	1	0
5. Ich wache schon bei leichten Geräuschen auf.	4	3	2	1	0
6. Ich habe das Gefühl, die ganze Nacht kein Auge zugetan zu haben.	4	3	2	1	0
7. Ich denke viel über meinen Schlaf nach.	4	3	2	1	0
8. Ich habe Angst ins Bett zu gehen, da ich befürchte, nicht schlafen zu können.	4	3	2	1	0
9. Ich fühle mich voll leistungsfähig.	0	1	2	3	4
10. Ich nehme Schlafmittel, um einschlafen zu können.	4	3	2	1	0

Gesamt: _____