

Fragebogen zur Schlafdiagnostik

Wir bitten Sie in Ihrem eigenen Interesse die Fragen vollständig auszufüllen. Die Beurteilung einer Schlafstörung hängt entscheidend von Ihren Angaben ab.

Name:	Telefonnr. (Tags):
geb.	Krankenkasse:
wohnhaft:	Kassennummer:
Hausarzt:	
bzw. behandelnder Facharzt:	

Datum:

Größe:

Gewicht:

Tätigkeit / Arbeitszeit/ Schichtarbeit/ ggf. vor der Rente, Pension?):

Sind Sie bereits in schlafmedizinischer Hinsicht untersucht worden? Ja Nein

Fragen zur Krankengeschichte (Chronische Erkrankungen):

- Lunge _____

- Herz _____

- Nerven, Gehirn _____

- Muskulatur _____

- Stoffwechsel, insbesondere Schilddrüsenerkrankungen _____

- Behinderung der Nasenatmung _____

- Operation im Hals- /Kopfbereich _____

- sexuelle Funktionsstörungen _____

- Allergien _____

weitere, insbesondere behandlungsbedürftige Erkrankungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Schlafmedikamente?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Name / Dosis / Häufigkeit) _____

Wie häufig, welcher Art und in welcher Menge trinken sie Alkohol? _____

Rauchen Sie/haben Sie geraucht (ja) (nein) ca. _____ /Zigaretten Tag

Schnarchen

Schnarchen Sie?

Nie (), sehr selten (), gelegentlich (), öfter (), sehr oft (), fast regelmässig (), immer ().

Wie viele Jahre schnarchen Sie schon?

Hat sich Ihr Schnarchen zunehmend verstärkt? Ja () / Nein ()

In welchem Zeitraum?

Stört Ihr Schnarchen den Schlafpartner? Ja () / Nein ()

Werden andere Personen in Nachbarräumen gestört? Ja () / Nein ()

In welchen Körperpositionen hat man Ihr Schnarchen beobachtet?

- im Liegen: Rücken (), Seite (), Bauch (), im Sitzen ().

Wenn Sie Schnarchen, dann laut und unregelmäßig? Ja () / Nein ()

Sind Sie schon durch Ihr eigenes Schnarchen aufgewacht? Ja () / Nein ()

Erwachen Sie regelmässig mit Mundtrockenheit? Ja () / Nein ()

Atemstillstände

Hat man bei Ihnen auffällige Atemstillstände während des Schlafes bemerkt, an deren Ende ein ausgeprägtes Luftringen, evtl. mit erheblichen Geräuschen verbunden auftritt?

Ja () / (Nein)

Tagesmüdigkeit

Fühlen Sie sich oft matt und zerschlagen? Ja () / Nein ()

Neigen Sie dazu tagsüber einzuschlafen? Ja () / Nein ()

Könnten Sie tagsüber schlafen, wenn Sie sich nicht davon abhalten? Ja () / Nein ()

Leiden Sie unter chronischer unerklärlicher Müdigkeit? Ja () / Nein ()

Haben Sie Konzentrationsschwächen? Ja () / Nein ()

Fühlen Sie sich nach einem "Nickerchen" tagsüber erfrischt? ja () / Nein ()

Leiden Sie unter morgendlicher Müdigkeit nach dem Erwachen?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), öfter (), sehr oft (), fast regelmässig (),
immer ().

Haben Sie Mühe, wach zu bleiben, auch wenn Sie sich eigentlich nicht entspannen wollen (z.B.
beim Lesen oder Fernsehen)? Ja () / Nein ()

Schlafen Sie tagsüber ein, wenn Sie nicht tätig sind?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), öfter (), sehr oft (), fast regelmäßig (), immer (),
zu Hause (), während der Arbeit (), an jedem Ort (), zu jeder Tageszeit ()

Zu welcher Tageszeit tritt Tagesmüdigkeit auf? _____

Wie oft am Tage tritt diese Tagesmüdigkeit auf? _____

Seit wie vielen Jahren tritt dies Tagesmüdigkeit auf? _____

Überkommt Sie beim Autofahren Müdigkeit oder Schlaf? Ja () / Nein ()

bei Fahrten bis zu einer Stunde (), bei längeren Strecken ()

Wurden Sie durch Müdigkeit bereits in einen Unfall verwickelt?

Ja (), Nein (), Beinahe ().

Schlafqualität und Schlafstörungen

Gehen Sie regelmäßig zu Bett? Ja () / Nein () / zu welcher Zeit? (Uhr)

Wie lange dauert es durchschnittlich zwischen Auslöschten des Lichtes und dem Einschlafen?
(Min.).

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Tag? (Std)

Wann stehen Sie morgens in der Regel wieder auf? (Uhr)

Leiden Sie unter:

- a. Einschlafstörungen? Ja () / Nein ()
b. Durchschlafstörungen? Ja () / Nein ()
c. Frühem Erwachen? Ja () / Nein ()

Leiden Sie unter:

- a. Abendliche, nächtliche Wadenkrämpfe Ja () / Nein ()
b. Unruhezustände der Beine? Ja () / (Nein ()
c. Abendlichen, nächtlichen Schmerzen? Ja () / Nein ()
d. Mißempfindungen der Arme od. a. Körperregionen? Ja () / Nein ()

Fühlen Sie sich nach dem Erwachen frisch und ausgeruht? Ja () / Nein ()

Leiden Sie unter ruhelosem Schlaf?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft () fast regelmäßig (),
immer ().

Wachen Sie häufig während des Schlafes auf?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig ()
immer ()

Gibt es dafür ersichtliche Gründe? _____

**Sind Sie jemals mit Erstickungsanfällen (), Ringen nach Luft () oder Angstgefühlen ()
erwacht?**

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (),
immer ().

Haben Sie beim Erwachen Kopfschmerzen?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (),
immer ().

Wie schwer fällt Ihnen das morgendliche Aufstehen?

Sehr schwer (), schwer (), manchmal schwer (), kein Problem ().

Sind Sie nach dem Aufstehen noch längere Zeit schlaftrunken oder Taumelig?

Ja () / Nein ().

Haben Sie besonders lebhaftes Traumerlebnisse beim Einschlafen () oder Alpträume ()?

Wenn sich der Traum häufiger wiederholt, beschreiben Sie ihn: _____

Leiden Sie während des Schlafes unter, bzw. sind die folgenden Dinge schon einmal aufgetreten?

- | | |
|--|---------------------------------|
| a. Starkes Schwitzen | Häufig (), Selten (), Nie () |
| b. Nach dem Aufwachen sich nicht bewegen können. | Häufig (), Selten (), Nie () |
| c. Nach dem Erwachen keine Orientierung haben | Häufig (), Selten (), Nie () |
| d. Erwachen mit Muskelkater | Häufig (), Selten (), Nie () |
| e. Erwachen mit zerbissener Zunge | Häufig (), Selten (), Nie () |
| f. Erwachen mit Kopfschmerzen | Häufig (), Selten (), Nie () |
| g. Erwachen durch das eigene Schreien | Häufig (), Selten (), Nie () |
| h. Schlafwandeln | Häufig (), Selten (), Nie () |
| i. Bettnässen | Häufig (), Selten (), Nie () |
| j. Sprechen im Schlaf | Häufig (), Selten (), Nie () |
| k. Zähneknirschen | Häufig (), Selten (), Nie () |
| l. Phasen von tage- od. wochenlangem Schlaf | Häufig (), Selten (), Nie () |
| m. Gefühl beim Aufwachen od. Einschlafen zu sterben | Häufig (), Selten (), Nie () |
| n. Erwachen durch längere Hustenanfälle | Häufig (), Selten (), Nie () |
| o. Erwachen durch Herzrasen / Herzstolpern | Häufig (), Selten (), Nie () |
| p. Unvermitteltes Stürzen, Fallen besonders beim Lachen oder Aufregung | Häufig (), Selten (), Nie () |

Befinden

Bitte schätzen Sie Ihr momentanes Gefühl zu sich selbst ein:

Fühlen Sie sich leistungsfähig?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (), immer ().

Sind sie entscheidungsfreudig?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (), immer ().

Fühlen Sie sich deprimiert?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (), immer ().

Fühlen Sie sich wohl in Ihrer "Haut"?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (), immer ().

"Mögen" Sie sich selbst?

nie (), sehr selten (), gelegentlich (), oft (), sehr oft (), fast regelmäßig (), immer ().

Epworth Skala zur Einschlafneigung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in letzter Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, -sich also nicht nur müde fühlen?

Benutzen Sie bitte diese Skala und kreuzen die entsprechende Zahl an:

0 = würde **niemals** einnicken

1= **geringe** Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = **mittlere** Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = **hohe** Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Skala
Im sitzen lesend	0 1 2 3
Beim Fernsehen	0 1 2 3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. Theater, beim Vortrag, etc.)	0 1 2 3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	0 1 2 3
Wenn Sie sitzen oder sich mit jemandem unterhalten	0 1 2 3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0 1 2 3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten anhalten müssen	0 1 2 3
Als Beifahrer während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0 1 2 3
Summe	

Notizen oder Anmerkungen: