



## Fragebogen zur Schlafanalyse

BriefAnrede

wir möchten Sie bitten, den Fragebogen in Ergänzung zu unserer Schlaf-Analytik auszufüllen. Vielen Dank!

### a) Fragen zur Person

erlernter Beruf:..... ausgeübter Beruf:..... Schichtdienst ja  nein

Körpergröße: .....cm Körpergewicht:..... kg Alter: .....Jahre

### b) Fragen zum Wach-Schlaf-Rhythmus

	nie	selten	oft	sehr oft
1. Sind Sie tagsüber oft schläfrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nicken Sie tagsüber spontan ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Schwierigkeiten, lange konzentriert zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schnarchen Sie laut oder behaupten andere das von Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurden im Schlaf Atemstillstände beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fühlen sie sich morgens schlapp und müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Schlafen Sie in folgenden Situationen zwanghaft ein?				
<input type="checkbox"/> beim Fernsehen? <input type="checkbox"/> beim Lesen? <input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> beim Gespräch mit anderen? <input type="checkbox"/> beim Autofahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlafen Sie abends schlecht ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kommt es vor, dass Sie nachts aufwachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wachen Sie früher als gewöhnlich auf ohne wieder einzuschlafen? oder ist die Wiedereinschlafzeit verlängert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Schlafen Sie unruhig, bzw. ist Ihr Bett morgens zerwühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Falls sie an Schlafstörungen leiden, können sie sich einen Grund dafür vorstellen?

nein  ja, nämlich

Körperliche Beschwerden wie z.B. ....

Aufregung  Nervosität  Depressionen  Schichtarbeit

Nacharbeit  Lärm/ Geräusche  Probleme am Arbeitsplatz

einen anderen, nämlich .....

15. Beschreiben Sie kurz Ihre Schlafprobleme .....

PatVorname PatNachname PatGeburtsDatum(1) Tagesdatum



16. Wann gehen Sie normalerweise ins Bett und wann stehen Sie auf?
- a) an Werktagen .....Uhr .....Uhr
- b) an Wochenenden .....Uhr .....Uhr

17. Wann wachen Sie gewöhnlich auf?
- mit Wecker um .....Uhr .....Uhr
- spontan um .....Uhr .....Uhr
- anders? Kurze Erklärung: .....

**c) Fragen zu Spätfolgen der Schlafapnoe und Gewohnheiten**

18. Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen?  nicht  1 mal  mehr
19. Sind Ihre Beine abends geschwollen?  nein  selten  oft  immer
20. Schränkt Luftnot Ihre Belastbarkeit ein?
- nein  bei leichter körperlicher Arbeit  bei schwerer körperlicher Arbeit
21. Haben Sie Bluthochdruck?  nein  leicht  stark  sehr stark  nicht bekannt
22. Haben Sie Übergewicht?  nein  leicht  stark  sehr stark
23. Machen Sie Angaben zu Rauchgewohnheiten
- Nichtraucher  Gelegenheitsraucher
- Exraucher seit wann? ..... wie viele Zigaretten täglich? ...../ ..... Jahr
- Raucher seit wann? ..... wie viele Zigaretten täglich? ...../ ..... Jahr
24. Welche Medikamente nehmen sie ein?  keine

Name des Medikaments	Menge	wie oft	seit wann	warum

25. Machen Sie Angaben zum Gebrauch folgender Getränke

	seit wann	wie viel	wie oft	wie lange
<input type="checkbox"/> Schwarztee				
<input type="checkbox"/> Kaffee				
<input type="checkbox"/> Coca Cola				
<input type="checkbox"/> Alkohol				

26. Wenn es andere Aspekte Ihrer Beschwerden gibt, die hier nicht berücksichtigt wurden, die Sie aber für wichtig halten, bitten wir Sie, diese hier zu erläutern:

.....

.....

.....

.....

