

Patientenfragebogen – Schlafbezogene Atemstörungen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte füllen Sie den Fragebogen so vollständig wie möglich aus.
Die Fragen zum Schlafverhalten beziehen sich auf die letzte Zeit.

Name	Vorname	Pat.-Nr.	Datum			
Wann gehen Sie zu Bett?	<input type="text"/> Uhr.	Wie viele Stunden schlafen Sie?	<input type="text"/>	Stunden		
		nie	selten	oft	sehr oft	
Sind sie am Morgen erholt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnarchen Sie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> nur in Rückenlage	<input type="checkbox"/> nur nach Alkoholkonsum					
Wurden im Schlaf Atempausen bemerkt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen Sie abends schlecht ein?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wachen Sie nachts häufig auf?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen Sie nachts häufig Wasser lassen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen Sie unruhig, ist ihr Bett zerwühlt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Missempfindungen in den Beinen am Abend und in der Einschlafphase?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treten nächtliche Beinbewegungen auf?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie tagsüber oft schläfrig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nicken Sie tagsüber spontan ein?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Konzentrationsstörungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fühlen sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Beschreiben Sie bitte kurz ihre Schlafprobleme.

Welche Berufstätigkeit üben Sie aus?

- Arbeiten Sie im Wechselschichtdienst? ja nein
- Verrichten Sie Nachtarbeit? ja nein
- Bessert sich die Schlafqualität im Urlaub? ja nein

Erfolgte bei Ihnen bereits eine Schlafüberwachung ambulant oder in einem Schlaflabor? ja nein wo?

Rauchen Sie? ja nein Nehmen Sie Schlafmittel? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?
1.
2.
3.
4.

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck Herzerkrankung Schlaganfall Lungenerkrankung

Epworth Schläfrigkeitsskala

Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie während der folgenden Tätigkeiten einschlafen oder einnicken? Hiermit ist gemeint, dass sie sich nicht nur müde oder erschöpft fühlen. Die Angaben beziehen sich auf die letzten Wochen. Falls Sie diese Tätigkeiten in letzter Zeit nicht durchgeführt haben, überlegen Sie bitte, wie sie sich ausgewirkt hätten. Benutzen Sie bitte folgende Einteilung, indem Sie die am besten passende Zahl ankreuzen.

- 0 = würde nie dabei einnicken oder einschlafen
1 = geringe Wahrscheinlichkeit dabei einzunicken
2 = mittelmäßige Wahrscheinlichkeit dabei einzunicken
3 = hohe Wahrscheinlichkeit dabei einzunicken

Tätigkeit oder Situation	Wahrscheinlichkeit dabei einzunicken			
	0	1	2	3
Sitzen oder Lesen	0	1	2	3
Fernsehen	0	1	2	3
Ruhig sitzen in der Öffentlichkeit (Theater, Sitzung, Wartezimmer)	0	1	2	3
1 Stunde Mitfahrt im Auto ohne Pausen	0	1	2	3
Liegen am Nachmittag um auszuruhen, wenn die Umstände es erlauben	0	1	2	3
Sitzen und dabei mit jemandem sprechen	0	1	2	3
Ruhig sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0	1	2	3
Im Auto bei einem mehrminütigen Halt im Verkehr	0	1	2	3

Σ ___ / 24

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte? ja nein