

## Schlafmedizin-Fragebogen

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bitte füllen Sie den Fragebogen so vollständig wie möglich aus.

Die Angaben sollten sich auf Ihr Schlafverhalten in der letzten Zeit beziehen.

	nie	selten	oft	sehr oft
<b>Schnarchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wurden nachts Atempausen beobachtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erwachen sie morgens mit Kopfschmerzen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie morgens beim Aufstehen sehr schlapp und müde?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie tagsüber schläfrig?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nicken Sie tagsüber spontan ein?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- beim Fernsehen   
 beim Lesen   
 beim Zuhören in der Öffentlichkeit (Theater, Vortrag,...)  
 beim Gespräch   
 beim Autofahren   
 am Arbeitsplatz

	nie	selten	oft	sehr oft
<b>Ist Ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schlafen Sie Abends schlecht ein?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Schlaf-Medikamente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wachen Sie nachts auf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Können Sie danach schlecht wieder einschlafen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schwitzen Sie nachts stark?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Können Sie wegen Schmerzen nicht schlafen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ist Ihr Bett morgens zerwühlt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	oft	sehr oft
<b>Leiden Sie unter einem Bewegungsdrang der Beine, u.U. mit unwillkürlichen Zuckungen, oder an Missempfindungen wie Kribbeln, Ameisenlaufen, Schmerzen oder Ziehen in den Beinen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verschlimmern sich diese Beschwerden in Ruhe (sitzend oder liegend)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lassen sie sich durch Bewegung zumindest vorübergehend bessern?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind diese Beschwerden abends oder beim Einschlafen / nachts schlimmer als morgens?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wachen Sie nachts mit Luftnot auf?**

nein  ja

**Müssen Sie nahezu jede Nacht Wasser lassen?**

nein  ja, 1x  ja, öfter als 1x

**Schränkt Luftnot ihre Belastbarkeit tagsüber deutlich ein?**

nein  bei schwerer Arbeit  bei leichter Arbeit

**Sind Sie berufstätig?**

nein  ja, als .....

**Arbeiten Sie im Schichtdienst?**

nein  ja

**Wurde bei Ihnen bereits eine Schlafuntersuchung durchgeführt?**

nein  ja, in einer Praxis  ja, in einer Klinik

Wenn ja: Wo? .....

Wann? .....

**Besitzen Sie eine Atemmaske für die Nacht bzw. ein Heimbeatmungsgerät?**

nein  ja, Gerät: .....

Wenn ja: Wo wurde die Therapie begonnen?

.....

Wann? (Monat/Jahr) .....

Vielen Dank!

Ihre Ambulante Pneumologie mit Allergiezentrum