

Johannes Keller

Facharzt für Allgemeinmedizin

Große Gartenstr. 9 * 27356 Rotenburg * Tel. 04261 – 3632



Patientenfragebogen-Schlafbezogene Atemstörungen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte füllen Sie den Fragebogen zu Hause so vollständig wie möglich aus und bringen ihn am nächsten Morgen mit zur Praxis. Die Fragen zum Schlafverhalten beziehen sich auf die letzte Zeit.

Name:

Vorname:

Pat.-Nr.

Datum:

Wann gehen Sie zu Bett? _____ Uhr Wie viele Stunden schlafen Sie? _____ Stunden

	Nie	Selten	Oft	Sehr oft
Sind Sie am Morgen erholt?				
Schnarchen Sie? <input type="radio"/> nur in Rückenlage <input type="radio"/> nur nach Alkoholkonsum				
Wurden im Schlaf Atempausen bemerkt?				
Schlafen Sie abends schlecht ein?				
Wachen Sie nachts häufig auf?				
Müssen Sie nachts häufig Wasser lassen?				
Schlafen Sie unruhig, ist Ihr Bett zerwühlt?				
Haben Sie Missempfindungen in den Beinen am Abend und in der Einschlafphase?				
Treten nächtliche Beinbewegungen auf?				
Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?				
Sind Sie tagsüber oft schläfrig?				
Nicken Sie tagsüber spontan ein?				
Haben Sie Konzentrationsstörungen?				
Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?				

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

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Schlafprobleme.

Welche Berufstätigkeit üben Sie aus?**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

	Ja	Nein
Arbeiten Sie im Wechselschichtdienst?		
Verrichten Sie Nachtarbeit?		
Bessert sich die Schlafqualität im Urlaub?		
Erfolgte bei Ihnen bereits eine Schlafüberwachung ambulant oder in einem Schlaflabor?		
Rauchen Sie?		
Nehmen Sie Schlafmittel?		

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 und 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				
Fernsehen				
Ruhig sitzen in der Öffentlichkeit (Theater, Sitzung, Warteraum)				
Eine Stunde mitfahrt im Auto ohne pausen				
Liegen am Nachmittag um auszuruhen, wenn die Umstände es erlauben				
Sitzen und dabei mit jemanden sprechen				
Ruhig sitzen nach dem Essen ohne Alkohol				
Im Auto bei einem mehrminütigen Halt im Verkehr				