

Fragebogen zur Begutachtung von schlafbezogenen Erkrankungen

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Fragen zur Schlafqualität und Tagesbefindlichkeit

> Wann gehen Sie normalerweise ins Bett und wann stehen Sie auf?
a) an Werktagen von _____ Uhr bis _____ Uhr b) an Wochenenden von _____ Uhr bis _____ Uhr

> Wie wachen Sie gewöhnlich auf? mit Wecker um _____ Uhr spontan um _____ Uhr
 anders? kurze Erklärung: _____

> Leiden Sie unter einer Schlafstörungen? nie ⁰ selten ⁰ oft ¹ sehr oft ¹
Wenn ja, seit wann? _____

Können Sie sich einen Grund für Ihre Schlafstörungen vorstellen?

Aufregung Schichtarbeit Depressionen Lärm/Geräusche

Nervosität Nachtarbeit Probleme am Arbeitsplatz

Körperliche Beschwerden wie z.B.: _____

Andere, nämlich: _____

> Schlafen Sie abends schlecht ein? nie selten oft ² sehr oft ³

> Wie lange benötigen Sie gewöhnlich zum Einschlafen?
sofort ⁴ 5 min. ⁵ 10 min. ⁶ 15 min. ⁷ 20 min. ⁸ 30 min. ⁹ 45 min. ¹⁰ länger ¹¹

> Wachen Sie nachts auf ohne wieder einzuschlafen
oder ist die Wiedereinschlafzeit verlängert? nie ¹² selten ¹³ oft ¹⁴ sehr oft ¹⁵

> Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen? nie ¹⁶ 1 x ¹⁷ 2 x ¹⁸ mehr ¹⁹

> Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? über 8 h ²⁰ 7-8 h ²¹ 6-7 h ²² weniger ²³

> Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde? nie ²⁴ selten ²⁵ oft ²⁶ sehr oft ²⁷

> Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen? nie selten oft ²⁸ sehr oft ²⁹

> Haben Sie Schwierigkeiten, lange konzentriert zu bleiben? nie selten oft ³⁰ sehr oft ³¹

> Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt? nie ³² selten ³³ oft ³⁴ sehr oft ³⁵

> Neigen Sie dazu, tagsüber ohne richtigen Grund einzuschlafen? nie ³⁶ selten ³⁶ oft ³⁷ sehr oft ³⁷

> Sind Sie schon am Steuer eines Fahrzeuges eingeschlafen? nie ³⁸ beinahe ³⁹ einmal ⁴⁰ mehrmals ⁴¹

> Sind bei Ihnen nächtliche Beinzuckungen beobachtet worden? nein ja

> Haben Sie Missempfindungen in den Beinen und müssen Sie sich bewegen? nein ja

> Sind diese Missempfindungen in Ruhe schlimmer/bei Bewegung besser? nein ja

> Sind diese Missempfindungen tagsüber besser und nachts schlimmer? nein ja

Bitte beachten Sie auch die folgende Seite!

Fragen zum Schnarchen

- > In welchem Alter haben Sie angefangen zu schnarchen? mit _____ Jahren
- > Schnarchen Sie jede Nacht? nein ja
- > In welcher Körperposition hat man Ihr Schnarchen beobachtet?
> nur in Rückenlage > unabhängig von der Lage > selbst im Sitzen
- > Werden Personen in benachbarten Räumen durch Ihr Schnarchen gestört? nein ja
- > Wachen Sie durch Ihr eigenes Schnarchen gelegentlich auf? nein ja
- > Hat Ihr Partner nächtliche Atemaussetzer bei Ihnen beobachtet? nein ja
- > Ist Ihre Nasenatmung behindert? > nein > ständig > tagsüber > nachts

- > Ordnen Sie bitte Ihre Beschwerden auf den folgenden Linien ein. Haben Sie die gefragte Beschwerde nicht, setzen Sie bitte **ganz links** ein Kreuzchen. Leiden Sie sehr unter der gefragten Beschwerde, setzen Sie bitte das Kreuzchen **rechts**. Liegen Ihre Beschwerden zwischen den Extremen, setzen Sie bitte das Kreuzchen je nach Ausmaß der Beschwerden **zwischen beiden Liniengrenzen**.

Ordnen Sie bitte die **Häufigkeit Ihres Schnarchens** auf der folgenden Linie ein:

Häufigkeit:

nie | _____ | immer (jede Nacht)

Ordnen Sie bitte Ihre abendlichen **Einschlafschwierigkeiten** auf der folgenden Linie ein:

kaum | _____ | ausgeprägt

Ordnen Sie bitte Ihre **Einschlafneigung** tagsüber auf der folgenden Linie ein:

kaum | _____ | ausgeprägt

- > **Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen,** sich also nicht nur müde fühlen? Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige Situationen in der letzten Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie diese auf sie gewirkt hätten. Benutzen Sie die folgende Skala von 0 bis 3, um die **am besten passende Zahl** für jede Situation auszuwählen.

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Wahrscheinlichkeit des Einnickens

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| > im Sitzen lesen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > Fernsehen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort
(z.B. Kino, Theater, Versammlung) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > als Mitfahrer in einem Auto während einer
Stunde Fahrt ohne Pause | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen,
wenn es die Umstände erlauben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > mit jemandem zusammensitzen und sich unterhalten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| > in einem Auto, während man für einige Minuten
im Verkehr anhält | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

SUMME: _____