

Fragebogen Schlaflabor

Patient:

Datum:

	Ja	Nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gilt Ihr Schnarchen als besonders <u>laut oder störend</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden von Ihrem Partner <u>Atempausen</u> im Schlaf beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie manchmal nachts <u>plötzlich nach Luft ringend</u> auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Schwitzen</u> Sie in der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie nachts <u>aufstehen</u> zum Wasserlösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie morgens <u>unausgeruht</u> , erschlagen, müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie morgens mit <u>Kopfschmerzen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter <u>Müdigkeit</u> tagsüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nicken</u> Sie <u>tagsüber ein</u> , besonders bei Entspannungsphasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie mehr als 2x pro Tag ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnern Sie sich an eine Episode mit <u>Sekundenschlaf</u> im <u>Strassenverkehr</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie schon während des Fahrens aufgrund von Sekundenschlaf <u>anhalten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen (Selbst-) <u>Unfall</u> wegen einer Einschlafepisode durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten mit <u>Gedächtnis</u> oder <u>Konzentration</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die <u>Potenz</u> oder das <u>Verlangen</u> nach Geschlechtsverkehr nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihre <u>körperliche</u> und berufliche <u>Leistungsfähigkeit</u> nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter <u>Bluthochdruck</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Änderungen Ihres <u>psychischen Verhaltens</u> bemerkt (empfindlicher, gereizter, nervöser, apathisch, depressiv)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie durch <u>unruhige Beine</u> (Kribbelgefühle oder Schmerzen) beim Einschlafen gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie nächtliche Beinbeschwerden und müssen deshalb <u>aufstehen und umhergehen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden <u>nachts</u> Bewegungen oder <u>Zuckungen</u> an Armen oder Beinen beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überfällt Sie Müdigkeit manchmal so heftig, dass Sie <u>sofort einschlafen</u> , <u>egal wo</u> Sie sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiert es, dass Sie morgens wie <u>gelähmt</u> aufwachen (sich nicht mehr bewegen können)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon <u>traumähnliche</u> Bilder (Halluzinationen) erlebt, obwohl Sie <u>nicht mehr schliefen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei starken <u>Gefühlen</u> (Freude, Lachen, Ärger) je eine plötzlich Muskelschwäche, einen <u>Kraftverlust</u> in den Knien oder ein Herunterfallen des Kopfes bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epworth sleepiness scale - Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen:

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzunicken oder einzuschlafen? Gemeint ist nicht nur das Gefühl müde zu sein, sondern das wirkliche Einnicken/Einschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten.

	nie	kaum	möglich	sehr wahr-scheinlich
Beim Lesen im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inaktiv an öffentlichem Ort sitzend (Kino, Theater, Sitzung, Vortrag, Kirche, Wartezimmer beim Arzt...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto (Fahrdauer > 1 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Gespräch im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Stuhl sitzend nach einem Essen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im für einige Minuten stehenden Auto im Verkehr (Ampel, Kolonne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden



Allgemeine Schlafgewohnheiten

	werktags		am Wochenende	
	von	bis	von	bis
Bettzeit
Schlafzeit
Machen Sie einen Mittagsschlaf?
Leisten Sie Schichtarbeit?

	Ja	Nein
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Schlafprobleme gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafprobleme <u>zeitweise</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>immer</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auch während <u>Ferien und Wochenenden</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten <u>einzuschlafen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten <u>durchzuschlafen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter zu <u>frühem Erwachen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme nach Flugreisen mit <u>Zeitwechsel</u> (jet lag)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen Sie einen Grund Ihrer Schlafprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Körperliche Gründe (Schmerzen, nächtl. Toilette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lärm in Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Belastungen in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Todesfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Angst, Nervosität oder psychische Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schlechtes Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie <u>Schlafmittel</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie abends Alkohol als Schlafmittel (<u>Schlummerbecher</u>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie <u>Kaffee</u> , Schwarztee oder Coca Cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rauchen</u> Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls nein: Haben Sie früher <u>je geraucht</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche <u>Rauchwaren</u> ?	
<u>Wann</u> rauchen Sie abends <u>das letzte Mal</u> ?	
<u>Wie viel</u> rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?	
<u>Wie viele Jahre</u> haben Sie insgesamt geraucht?	
Leiden Sie unter <u>Allergien</u> (Heuschnupfen, Asthma ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma oder andere <u>Lungenkrankheiten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig eine verstopfte <u>Nase</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie je im Nasen-Rachenraum <u>operiert</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie morgens mit <u>ausgetrocknetem Mund</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie teilweise mit <u>Schlundirritation, Säuregefühl im Rachen, oder Sodbrennen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie nur in bestimmten <u>Schlafpositionen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie durch eine Müdigkeit unter Tag <u>geplagt</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- frühmorgens, abnehmend gegen Abend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nicht frühmorgens, aber zunehmend gegen Abend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vor allem nach den Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer <u>Niedergeschlagenheit</u> , Traurigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr <u>Körpergewicht</u> zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie (regelmässig) <u>Medikamente</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie uns diese <u>auflisten</u> ? (evtl. separates Blatt verwenden)		