



Fragebogen Schlafstörungen

Liebe Patientin, lieber Patient

Dürften wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten und Sie bestmöglich weiter betreuen können. Vielen Dank.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Adresse

Versicherungsnummer
Krankenkasse

Telefon Privat/Geschäft

E-Mail

Zuweisender Arzt

Aktuelle Medikation (auch inhalative Medikamente)

Bitte geben Sie Ihre vollständige Medikamentenliste am Empfang ab, oder notierten Sie Ihre Medikamente bitte auf diesem Fragebogen. Vielen Dank.

Ich war bereits Patientin/Patient
des Zentrums für Pneumologie und Schlafmedizin, zuletzt am:

Körpergrösse cm Gewicht kg

Wie lange benötigen Sie zum Einschlafen?

Werktags Minuten von bis

Wochenende Minuten von bis

Leiden Sie unter Ein- und Durchschlafstörungen? ja nein

Wachen Sie in der Nacht auf? ja nein

Wenn ja, wie oft?

Wenn ja, warum?

Machen Sie einen Mittagsschlaf? ja nein

Wenn ja, wie lange? Minuten

Sind Sie berufstätig? ja nein

Wenn ja, in welchem Bereich?

Arbeiten Sie Schichtarbeit oder Nachtarbeit? ja nein

Ist Ihre Schlafumgebung ruhig und dunkel? ja nein

Leiden Sie unter chronischer Müdigkeit? ja nein

Wenn ja: wann tritt diese auf?
(z.B. am Morgen, über den Tag oder beides)

Wie lange besteht diese Müdigkeit schon?

Nehmen Sie schlafstörende Substanzen ein?
(z.B. Koffein, Coca Cola, Red Bull) ja nein

Nehmen Sie Schlafmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja, wieviel? (Menge)

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?	
Wenn ja, bitte Menge angeben?	

Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurden Atempausen im Schlaf beobachtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Fühlen Sie sich am Morgen nicht ausgeruht und müde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Schlafen Sie am Tag ungewollt ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie jemals Sekundenschlaf im Strassenverkehr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie einen Unfall wegen einer Einschlafepisode durchgemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie Schwierigkeiten mit Gedächtnis oder Konzentration?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie Potenzstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Haben Ihre körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit nachgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie Änderungen Ihres psychischen Verhaltens bemerkt (empfindlicher, gereizter, nervöser)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Sind Sie durch unruhige Beine (Kribbelgefühle oder Schmerzen) beim Einschlafen gestört?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Leiden Sie unter Angststörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurden nachts Bewegungen/Zuckungen an Armen oder Beinen beobachtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Leiden Sie unter?		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Passiert es, dass Sie morgens wie gelähmt aufwachen oder sich nicht mehr bewegen können oder haben Sie Lähmungserscheinungen am Tag?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal traumähnliche Bilder (Halluzinationen), obwohl Sie nicht mehr schliefen?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tritt manchmal bei starken Gefühlen (z.B. Lachen, Freude, Ärger) eine plötzliche Schwäche, ein Kraftverlust in den Beinen oder ein Herunterfallen des Kopfes auf?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter chronischen Schmerzen?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Allergien?		
Wenn ja, welche?	
Haben Sie Asthma oder andere Lungenerkrankungen?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie oft eine verstopfte Nase?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie je im Nasen-Rachenraum operiert?		
Wenn ja, wann?	
Erwachen Sie morgens mit ausgetrocknetem Mund?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen oder traurig/depressiv?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Schlafapnoe (OSAS)?		
Wenn ja, seit wann? (Jahr)	
Verwenden Sie eine Atemmaske (CPAP Therapie) in der Nacht?		
Wenn ja, wann wurde diese kontrolliert?	
Wenn ja, von wem wurde diese kontrolliert?	

Haben Sie Probleme mit der Atemmaske (CPAP Therapie)?

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....

Verwenden Sie eine andere Schlafapnoetherapie?

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....

Bemerkungen

.....

.....

.....

.....
