

Fragebogen Schlaf

Praxis Dr. Bianca Mertens



Patient:	Datum:
----------	--------

<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht, ob ich schnarche	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht, ob ich Atempausen im Schlaf habe
Ich schnarche <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nur nach Konsum von Alkohol <input type="checkbox"/> nur in der Rückenlage <input type="checkbox"/> in jeder Körperlage	Ich habe Atempausen im Schlaf <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nur nach Konsum von Alkohol <input type="checkbox"/> nur in der Rückenlage <input type="checkbox"/> in jeder Körperlage
Ich schlafe abends ein <input type="checkbox"/> sehr schnell <input type="checkbox"/> innerhalb von 30 Minuten <input type="checkbox"/> innerhalb von 1 Stunde <input type="checkbox"/> schlecht/nach mehr als 1 Stunde	Wenn ich nachts aufwache, schlafe ich wieder ein <input type="checkbox"/> problemlos/gut <input type="checkbox"/> erschwert <input type="checkbox"/> sehr erschwert
Meine Schlafdauer beträgt durchschnittlich _____ Stunden, meist von _____ bis _____	Ich wache nachts auf <input type="checkbox"/> 0-1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> häufiger
Ich bin morgens <input type="checkbox"/> ausgeschlafen/erholt <input type="checkbox"/> überwiegend erholt <input type="checkbox"/> teils nicht erholt/zerschlagen <input type="checkbox"/> immer/überwiegend zerschlagen	Ich wache nachts auf wegen <input type="checkbox"/> Harndrang <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Ängsten/Sorgen/Grübeln <input type="checkbox"/> Störungen von außen oder anderen <input type="checkbox"/> unruhiger Beine/Beinzuckungen
Ich habe Nachtschweiß <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufiger <input type="checkbox"/> täglich oder stark	Ich muss nachts zur Toilette <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten /gelegentlich <input type="checkbox"/> 1-2x jede Nacht <input type="checkbox"/> mehr als 2x jede Nacht
Ich bin im Tagesverlauf <input type="checkbox"/> durchgehend ausgeschlafen/erholt <input type="checkbox"/> nur abends müde <input type="checkbox"/> ab dem Mittag/Nachmittag müde <input type="checkbox"/> schon vormittags wieder müde	Ungewolltes Einschlafen im Tagesverlauf kommt <input type="checkbox"/> nicht vor <input type="checkbox"/> nur abends vor (beim Fernsehen) <input type="checkbox"/> auch im Tagesverlauf vor <input type="checkbox"/> auch am Arbeitsplatz vor
Konzentrationsprobleme als Autofahrer/in am Steuer <input type="checkbox"/> kommen nicht vor <input type="checkbox"/> kommen nur auf langen Strecken vor <input type="checkbox"/> bestehen auch auf kurzen Strecken <input type="checkbox"/> haben schon Sekundenschlaf bewirkt <input type="checkbox"/> haben schon zu Unfällen geführt <input type="checkbox"/> Ich hatte schon einmal ein Beatmungsgerät wegen nächtlicher Atempausen, das ich wieder abgegeben habe	<input type="checkbox"/> Eine Schlafuntersuchung ist bisher noch nicht durchgeführt worden <input type="checkbox"/> Schon Schlafuntersuchung gehabt Jahr: _____ Ort: _____ <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis nicht in Ordnung <input type="checkbox"/> Ich muss regelmäßig wegen einer Lungenerkrankung Medikamente nehmen <input type="checkbox"/> Es besteht ein Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Es besteht eine erhöhte Blutzucker <input type="checkbox"/> Ich hatte schon einen Schlaganfall <input type="checkbox"/> Ich hatte schon einen Herzinfarkt/Bypass-OP/Aufdehnung

Meine Größe in cm : _____

Mein Gewicht in kg: _____

Lippstadt, den _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten