



Schlaffragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten während der letzten vier Wochen, falls nicht anders angegeben. Ihre Angaben sollten so genau wie möglich sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

A. Allgemeine Angaben:

Patientenname: _____ Geb.datum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Beruf: _____

Arbeitszeiten von _____ Uhr bis _____ Uhr

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Haben Sie im letzten halben Jahr zugenommen? ja nein

Haben Sie im letzten halben Jahr abgenommen? ja nein

Wie viel? _____ kg

B. Angaben zur Schlafqualität (PSQI):

1) Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

übliche Uhrzeit _____ Uhr

2) Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten _____

3) Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

übliche Uhrzeit _____ Uhr

4) Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen (das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen)

Tatsächliche Schlafzeit (Stunden) pro Nacht: _____

5) Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen,

a) weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

b) weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

c) weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

d) weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

e) weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

f) weil Ihnen zu kalt war?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

g) weil Ihnen zu warm war?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

h) weil Sie schlecht geträumt haben?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

i) weil Sie Schmerzen hatten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

j) weil es andere Gründe gab?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

Bitte beschreiben Sie diese Gründe:

6) Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafens während der letzten vier Wochen beschreiben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> ziemlich gut |
| <input type="checkbox"/> ziemlich schlecht | <input type="checkbox"/> sehr schlecht |

7) Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

8) Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen tagsüber Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, bei der Arbeit, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

9) Hatten Sie in den letzten vier Wochen Probleme, Ihre üblichen Alltagsaufgaben mit genügend Schwung zu erledigen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

10) Schlafen Sie alleine in Ihrem Zimmer?

- ja
- ja, aber ein(e) Partner(in)/Mitbewohner(in) schläft in einem anderen Zimmer
- nein, der/die Partner(in) schläft im selben Zimmer, aber in einem anderen Bett
- nein, der/die Partner(in) schläft im selben Bett

Falls sie eine(n) Partner(in)/Mitbewohner(in) haben, fragen Sie ihn bitte, ob und wie oft er/sie bei Ihnen in den letzten vier Wochen folgendes bemerkt hat!

a) lautes Schnarchen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

b) lange Atempausen während des Schlafs

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht während der letzten vier Wochen | <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | <input type="checkbox"/> 3x oder mehr pro Woche |

c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Zehen, Beine oder Arme während des Schlafs

gar nicht während der letzten vier Wochen weniger als 1x pro Woche

1-2x pro Woche 3x oder mehr pro Woche

d) nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientiertheit während des Schlafs

gar nicht während der letzten vier Wochen weniger als 1x pro Woche

1-2x pro Woche 3x oder mehr pro Woche

e) andere Formen der Unruhe während des Schlafs; bitte beschreiben Sie:

C. Weitere Angaben:

11) Haben sie eine Nasenatmungsbehinderung? ja nein

ganzjährig jahreszeitlich am Tage in der Nacht

12) Haben Sie häufig Infekte der oberen Atemwege? ja nein

13) Haben sie folgende Beschwerden

Trockenheit der Nase ja nein

Trockenheit im Rachen ja nein

Schleimfluss im Rachen ja nein

Riechstörungen ja nein

Schmeckstörungen ja nein

14) Leiden sie unter.....

Bluthochdruck ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Lungenerkrankungen ja nein

Allergien der Atemwege ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

15) Hatten Sie eine Operation.....

an den Rachenmandeln („Polypen“) ja nein

an den Gaumenmandeln („Mandeln“) ja nein

an der Nase oder den Nasennebenhöhlen ja nein

im Kopf-Hals-Bereich ja nein

Welche Eingriffe wurden dort vorgenommen?

16) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Falls ja, schreiben Sie bitte Namen, Dosierung und Dauer der Anwendung auf:

17) Rauchen Sie? ja nein seit wann? _____ wie viel pro Tag? _____

18) Haben Sie in den letzten vier Wochen Alkohol getrunken?

gar nicht während der letzten vier Wochen weniger als 1x pro Woche

1-2x pro Woche 3x oder mehr pro Woche

Falls ja, wann am Tage? Mittag Abend vor dem Schlafengehen

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit
(Epworth Sleepiness Scale)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

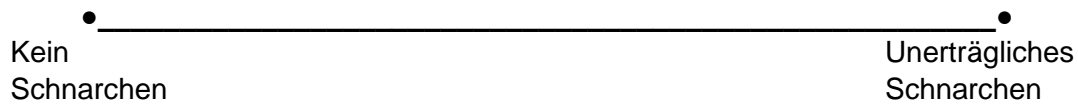
Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (zB. Im Theater oder bei einem Vortrag)	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um auszuruhen	0	1	2	3
wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3
Bitte nicht ausfüllen				
Summe				

Visuelle Analogskala Schnarchen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihr Schnarchen genauer beurteilen zu können, möchten wir Sie bitten, Ihr Schnarchen selbst einzuschätzen, bzw. von Ihrer Bettpartnerin/Ihrem Bettpartner einschätzen zu lassen. Bitte verwenden Sie dafür die unten angegebene Linie. Das linke Ende bedeutet „kein Schnarchen“ und das rechte Ende bedeutet „unerträgliches Schnarchen“. Bitten Sie Ihre Bettpartnerin/Ihren Bettpartner, an der Stelle ein Kreuz auf der Linie zu machen, dass ihrer/seiner Einschätzung entspricht.

Vielen Dank.



- Selbsteinschätzung
- Einschätzung durch den Bettpartner