

Schlaf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Zur guten Beratung benötigen wir Ihre Hilfe.
Beantworten Sie bitte diese Fragen bestmöglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt,
da Sie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.



**Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe**

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Wie ist Ihr Befinden am Tage?

- | | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Neigen Sie dazu, am Tage einzuschlafen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Hat Ihre Leistungsfähigkeit abgenommen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Haben Sie Konzentrationsstörungen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Sind Sie häufig antriebslos oder depressiv? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |

Wurde auffälliges Verhalten im Schlaf beobachtet?

- | | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Leiden Sie an unruhigen Beinen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Sprechen Sie nachts? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Leiden Sie unter Angst- / Alpträumen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Sind andere Auffälligkeiten aufgetreten? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |

Bestehen Hinweise für Atemstörungen im Schlaf?

- | | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Schnarchen Sie laut? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Schnarchen Sie mit Atempausen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Haben Sie nachts Atemnot? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Erwachen Sie mit Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Müssen Sie nachts oft Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Schwitzen Sie in der Nacht? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Fühlen Sie sich am Morgen wie gerädert? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> sehr oft |

Welche Schlafgewohnheiten liegen vor?

- | | | |
|--|--------|---------|
| Wann gehen Sie normalerweise ins Bett? | um ca. | Uhr |
| Wann stehen Sie normalerweise auf? | um ca. | Uhr |
| Wie lange schlafen Sie normalerweise? | ca. | Stunden |

- | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Gehen Sie meist zur gleichen Zeit ins Bett? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meist | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Können Sie sofort einschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meist | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Können Sie ohne Aufwachen durchschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meist | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Falls Sie aufwachen, können Sie sofort einschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meist | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Stehen Sie immer zur gleichen Zeit auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meist | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Sind sie dann ausgeruht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meist | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |

Treten folgende Symptome an mehr als 2 Tagen in der Woche auf?

- Tagesschläfrigkeit? nein ja
- Nicht erholsames Aufwachen? nein ja
- Unkontrollierte Schläfrigkeit, die den Tagesablauf stört? nein ja

Wie lange bestehen Ihre Schlafstörungen? seit Wochen / Monaten / Jahren

Besteht ein Risiko für Unfälle?

- Haben Sie Mühe als Fahrer am Steuer wach zu bleiben? nein ja
- Hatten Sie schon einmal einen Sekundenschlaf am Steuer? nein ja
- Hatten Sie einen Verkehrsunfall wegen Sekundenschlaf in den letzten 5 Jahren? nein ja
- Wie viele km fahren Sie im Jahr? ca. km /Jahr

Arbeiten Sie nachts oder im Schichtdienst?

- Arbeiten Sie im Schichtdienst? nein ja 2/3-Schicht 4-Schicht
- Arbeiten Sie im Nachtdienst? nein ja oft regelmäßig
- Besteht derzeit Arbeitsfähigkeit? in Rente ja nein ohne Arbeit

ESS: Epworth sleepiness scale (Selbsteinschätzung von Tagesschläfrigkeit, nicht von Müdigkeit)

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einschlafen würden, also nicht nur müde sind? Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in den letzten 2-4 Wochen. Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situation auf Sie ausgewirkt hätte.

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie einschlafen würden, wenn Sie ...

- ... im sitzen lesen? niemals gering mittel hoch
- ... fernsehen? niemals gering mittel hoch
- ... als Zuhörer in der Öffentlichkeit sitzen, z.B. im Theater oder bei einem Vortrag? niemals gering mittel hoch
- ... als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause mitfahren? niemals gering mittel hoch
- ... sich am Nachmittag hinlegen, um sich auszuruhen? niemals gering mittel hoch
- ... sich mit jemand sitzend unterhalten? niemals gering mittel hoch
- ... nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig und entspannt dasitzen? niemals gering mittel hoch
- ... als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen? niemals gering mittel hoch

Fragen zu Verhalten/Genussmitteln :

- Hat sich das Körpergewicht geändert? nein ja, und zwar:
- Trinken Sie Alkohol? nein selten regelmäßig
- Rauchen Sie? nein ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: _____
- Nutzen Sie Schlafmittel/Rauschmittel o.ä.? nein ja, folgendes:

Sind Sie wegen Schlafstörungen schon einmal behandelt worden? nein ja

Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? nein ja

Welche Therapie wurde veranlasst/vorgeschlagen?