



## Fragebogen zur Schlaflaboruntersuchung

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind im Rahmen einer Schlafapnoe-Diagnostik in unserer Klinik. Um ein Maximum an Informationen über Ihre Beschwerden zu bekommen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen, soweit möglich, zu beantworten (wie es Ihnen aktuell geht!). Im Laufe des Aufnahmetages wird Sie ein Schlaflaborarzt noch zusätzlich befragen und untersuchen.

Größe/cm: ..... Gewicht/kg: .....

Wurde bei Ihnen bereits eine Schlaflabor-Untersuchung vorgenommen? ja nein

Wenn ja, wann: .....

Und wo: ..... Hufeland-Klinik

Waren Sie in letzter Zeit bei einem HNO-Arzt?

Wenn ja, wann: .....

Name und Adresse des HNO-Arztes:

.....

Soll dieser Arzt auch einen Bericht von dieser Untersuchung bekommen? ja nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

.....

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht von dieser Untersuchung bekommen? ja nein

Welchen Beruf üben Sie aus? .....

Benötigen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung? ja nein



## 1. Fragen zu nächtlichen Atmungsstörungen

Schnarchen Sie?    Nein    Ja    selten    häufig    immer

Sind bei Ihnen nächtliche Atemaussetzer beobachtet worden?

Nein    Ja    selten    häufig  
seit    Wochen    Monaten    Jahren

Leiden Sie unter

- |                         |      |    |        |        |
|-------------------------|------|----|--------|--------|
| - Mundtrockenheit       | Nein | Ja | selten | häufig |
| - Gestörter Nasenatmung | Nein | Ja | selten | häufig |
| - Luftnot               | Nein | Ja | selten | häufig |
| in Ruhe                 | Nein | Ja |        |        |
| bei Belastung           | Nein | Ja |        |        |
| nachts                  | Nein | Ja |        |        |
| - Nachtschweiß          | Nein | Ja |        |        |
| - verstopfter Nase      | Nein | Ja |        |        |

## 2. Fragen zum Schlaf

Wann gehen Sie gewöhnlich zu Bett und wann stehen Sie auf?

An Wochentagen    ..... Uhr    ..... Uhr

Am Wochenende    ..... Uhr    ..... Uhr

Leiden Sie unter Einschlafstörungen?

Nein    Ja    selten    häufig  
seit    Wochen    Monaten    Jahren

Leiden Sie unter Durchschlafstörungen?

Nein    Ja    selten    häufig  
seit    Wochen    Monaten    Jahren

Grübeln Sie nachts    Nein    Ja    selten    häufig

Nehmen Sie Schlafmittel?    Nein    Ja    selten    häufig

Sind Sie morgens ausgeschlafen?    Nein    Ja

Leiden Sie tagsüber unter?

- |                           |      |      |        |        |        |
|---------------------------|------|------|--------|--------|--------|
| - Schläfrigkeit           | Nein | Ja   | selten | häufig |        |
| - Sekundenschlaf          |      | Nein | Ja     | selten | häufig |
| - Konzentrationsproblemen | Nein | Ja   | selten | häufig |        |



- Leistungsabfall	Nein	Ja	selten	häufig
- Kopfschmerzen	Nein	Ja	selten	häufig
- Gereiztheit	Nein	Ja	selten	häufig
- Depressionen	Nein	Ja	selten	häufig
Arbeiten Sie Schichtdienst?	Nein	Ja		
Halten Sie Mittagsschlaf?	Nein	Ja	selten	häufig

### 3. Fragen zum sonstigen Schlaf

- Haben Sie Mißempfindungen in Armen und/oder Beinen mit Bewegungsdrang besonders abends u. nachts?	Nein	Ja		
- Sprechen/Schreien/Stöhnen Sie im Schlaf?	Nein	Ja		
- Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	Nein	Ja		
- Schlafwandeln Sie?	Nein	Ja		
- Haben Sie Albträume?	Nein	Ja		
- Haben Sie an sich beim Aufwachen oder beim Einschlafen Lähmungen der Arme und Beine beobachtet?				Nein
Ja				
- Haben Sie Halluzinationen beim Einschlafen/Aufwachen?	Nein	Ja		
- Sind Ihnen am Tage Gegenstände unwillkürlich aus der Hand gefallen oder sind Sie in den Beinen eingeknickt?	Nein	Ja		
- Haben Sie nachts Schmerzen?	Nein	Ja		
- Müssen Sie nachts zur Toilette?	Nein	Ja		
Wenn ja, wie oft? .....				
..... bis ..... Mal				

### 4. Sonstige Gewohnheiten

Rauchen Sie?	Nein	Ja	Exraucher	
Anzahl Packungen/Tag .....				
Anzahl Jahre .....				
Trinken Sie Alkohol		Nein	Ja	gelegentlich
	häufig	regelmäßig		



### 8. Bei Therapiekontrolle (CPAP, BIPAP, Heimbeatmung)

Wie viele Nächte pro Woche wird das Gerät genutzt?

jede Nacht      oft      selten      nie

Wie viele Stunden in der Nacht wird das Gerät durchschnittlich genutzt?

mehr als 6 Std.    4-6 Std.    weniger als 4 Std.

Nutzung des Gerätes auch im Urlaub?      Ja      Nein

Gibt es Probleme bei der Nutzung des Gerätes? Wenn ja, benennen Sie bitte die Gründe für eine nicht regelmäßige Nutzung.

keine Probleme

ja, es gibt Probleme. Aus folgenden Gründen nutze ich das Gerät nicht regelmäßig:

.....  
.....

Haben sich die ursprünglichen Beschwerden (z. B. Müdigkeit) durch die Anwendung des Gerätes verbessert?

Nein

Ja, und zwar wie folgt: .....

.....

## 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	① ② ③
Beim Fernsehen	① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③
<i>Bitte nicht ausfüllen</i> Summe	

### Fragebogen zum Therapieziel

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Ziel, das Sie für die nun folgende Diagnostik und Behandlung haben.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Frage eine möglichst genaue Antwort zu geben und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = trifft überhaupt nicht zu
- 1 = trifft etwas zu
- 2 = trifft zu
- 3 = trifft sehr stark zu

Ziel der Diagnostik und Behandlung	Trifft zu
Mein Schnarchen soll behandelt werden	① ② ③ ④
Ich möchte meinem Partner die Angst nehmen, das ich erstickte	① ② ③ ④
Meine Müdigkeit soll behandelt werden	① ② ③ ④
Ich möchte wissen, wie gefährlich meine Erkrankung ist	① ② ③ ④
Ich möchte wissen, ob meine bisherige Behandlung ausreichend ist	① ② ③ ④
Meine Schlafstörungen sollen behandelt werden	① ② ③ ④

Weitere Ziele:

.....

.....

.....

.....

.....