

# 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!

nie       selten       oft       sehr oft

#### Wie ist Ihr Befinden am Tage?

- Neigen Sie dazu, am Tage einzuschlafen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Hat Ihre Leistungsfähigkeit abgenommen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Haben Sie Konzentrationsstörungen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Sind Sie häufig antriebslos oder depressiv?       nie       selten       oft       sehr oft

#### Wurde auffälliges Verhalten im Schlaf beobachtet?

- Leiden Sie an unruhigen Beinen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Sprechen Sie nachts?       nie       selten       oft       sehr oft
- Leiden Sie unter Angst- / Alpträumen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Sind andere Auffälligkeiten aufgetreten?       nie       selten       oft       sehr oft

#### Bestehen Hinweise für Atemstörungen im Schlaf?

- Schnarchen Sie laut?       nie       selten       oft       sehr oft
- Schnarchen Sie mit Atempausen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Haben Sie nachts Atemnot?       nie       selten       oft       sehr oft
- Erwachen Sie mit Kopfschmerzen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Müssen Sie nachts oft Wasser lassen?       nie       selten       oft       sehr oft
- Schwitzen Sie in der Nacht?       nie       selten       oft       sehr oft
- Fühlen Sie sich am Morgen wie gerädert?       nie       selten       oft       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?       ja       meist       selten       nie
- Können Sie sofort einschlafen?       ja       meist       selten       nie
- Können Sie ohne Aufwachen durchschlafen?       ja       meist       selten       nie
- Falls Sie aufwachen, können Sie sofort einschlafen?       ja       meist       selten       nie
- Stehen Sie immer zur gleichen Zeit auf?       ja       meist       selten       nie
- Sind sie dann ausgeruht?       ja       meist       selten       nie

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite. Vielen Dank.

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

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Tagesschläfrigkeit?                                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nicht erholsames Aufwachen?                               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Unkontrollierte Schläfrigkeit, die den Tagesablauf stört? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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?                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie schon einmal einen Sekundenschlaf am Steuer?                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie einen Verkehrsunfall wegen Sekundenschlaf in den letzten 5 Jahren? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wie viele km fahren Sie im Jahr?  | ca.                           | km /Jahr                    |

Arbeiten Sie nachts oder im Schichtdienst?

- |                                   |                                   |                             |                                      |                                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Arbeiten Sie im Schichtdienst?    | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 2/3-Schicht | <input type="checkbox"/> 4-Schicht   |
| Arbeiten Sie im Nachtdienst?      | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> oft         | <input type="checkbox"/> regelmäßig  |
| Besteht derzeit Arbeitsfähigkeit? | <input type="checkbox"/> in Rente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> 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?   | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... fernsehen?   | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... als Zuhörer in der Öffentlichkeit sitzen,<br>z.B. im Theater oder bei einem Vortrag? | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... als Beifahrer im Auto während einer<br>einstündigen Fahrt ohne Pause mitfahren?      | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... sich am Nachmittag hinlegen,<br>um sich auszuruhen?                                  | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... sich mit jemand sitzend unterhalten?   | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... nach dem Mittagessen (ohne Alkohol)<br>ruhig und entspannt dasitzen?                 | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |
| ... als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt<br>einige Minuten halten müssen?              | <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch |

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

- nein  ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

- nein  ja

Sind Sie wegen Schlafstörungen schon einmal behandelt worden?

- nein  ja

Waren Sie schon einmal im Schlaflabor?

- nein  ja

Welche Therapie wurde veranlasst/vorgeschlagen?