

Fragebogen Schlaf-bezogene Atmungsstörungen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterstützen uns bei der Diagnostik und Therapie der bei Ihnen vermuteten Erkrankung.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____.____._____

1) Wie schlafen Sie?

Schnarchen Sie?	Nie	Selten	Oft
Sind Atempausen beobachtet worden?	Nie	Selten	Oft
Ich gehe gegen _____.____ Uhr ins Bett und stehe gegen _____.____ Uhr auf.			
Machen Sie einen Mittagsschlaf?	Nie	Selten	Oft
Können Sie gut einschlafen?	Nie	Selten	Oft
Können Sie gut durchschlafen?	Nie	Selten	Oft
Wie häufig stehen Sie nachts zum Wasserlassen auf?	Nie		___ mal
Haben Sie abends / nachts unruhige Beine, die Sie am Ein- oder Durchschlafen hindern?	Nie	Selten	Oft
Liegen Sie nachts längere Zeit wach?	Nie	Selten	Oft
Wachen Sie nachts mit Luftnot auf?	Nie	Selten	Oft
Haben Sie nachts Brustschmerzen?	Nie	Selten	Oft
Haben Sie nachts Herzrasen / Herzstolpern?	Nie	Selten	Oft

2) Wie fühlen sie sich morgens und im Tagesverlauf?

Sind Sie morgens unausgeschlafen?	Nie	Selten	Oft
Haben Sie morgens Kopfschmerzen?	Nie	Selten	Oft
Sind Sie tagsüber schläfrig?	Nie	Selten	Oft
Schlafen Sie bei Langeweile ungewollt ein?	Nie	Selten	Oft
- beim Lesen?	Nie	Selten	Oft
- beim Fernsehen?	Nie	Selten	Oft
- beim Autofahren?	Nie	Selten	Oft
Waren Sie in den letzten 5 Jahren an Verkehrsunfällen beteiligt?	Nie		___ mal

Fragebogen Schlaf-bezogene Atmungsstörungen

Haben Sie Konzentrations-Störungen?	Nie	Selten	Oft
Sind Sie vergesslich?	Nie	Selten	Oft

3) Weitere wichtige Fragen:

Haben Sie eine behinderte Nasenatmung / verstopfte Nase?	Nie	Selten	Oft
Hatten Sie bereits Operationen im Nasen- oder Rachen-Bereich?	Nein	Ja, _____	
Kommt es auch in unpassenden Situationen zu zwanghaften Schlafanfällen?	Nie	Selten	Oft
Leiden Sie unter morgendlicher Antriebslosigkeit?	Nie	Selten	Oft
Ist Ihre Stimmung tagsüber niedergeschlagen oder gedrückt?	Nie	Selten	Oft
Liegen bedeutsame Belastungen in Familie oder Beruf vor?	Nein	Ja	

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?		Nein	Ja
Nehmen Sie Schlaf- / Beruhigungsmittel ein?	Nie	Selten	Oft

4) Fragen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit:

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Zählen Überwachungs-/Steuertätigkeiten dazu?	Nein	Ja
Sind Sie berufl. längere Strecken mit dem Auto unterwegs?	Nein	Ja

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Team der Praxis Dres. Maier-Stocker / Meißner in Amberg