

Fragebogen zur Schlaflaboruntersuchung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Herr/ Frau _____,

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

Ihr Hausarzt ist: _____

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 im Schichtdienst? Nein Ja
- Halten Sie einen 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 Alpträume? 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?
Wenn ja, wie oft? _____ Nein Ja

4. Sonstige Gewohnheiten

Rauchen Sie? Nein Exraucher Ja wie viele Packungen/Tag _____
wie viele Jahre _____

Trinken Sie Alkohol Nein Ja gelegentlich häufig regelmäßig

5. Vorerkrankungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Hoher Blutdruck (Hypertonus)
 - Lungenerkrankung
 - Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
 - COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
 - Asthma bronchiale
 - Allergien auf _____
 - Epilepsie (Krampfleiden)
 - Erkrankung der Herzkranzarterien (KHK)
 - Herzinfarkt, wann? _____
 - Herzrhythmusstörungen
 - Herzschrittmacher
 - Herzdefibrillator
 - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
 - Schlaganfall (Apoplex)
 - Lebererkrankung
 - Nierenerkrankung
 - Depression
 - Angststörung
 - Pflegestufe
-
-

6. Wurden Sie operiert?

- Schilddrüse Magen Herz Wirbelsäule Gelenke Mandeln Nase
-
-

7. Medikamente

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Name	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends

8. Bei Therapiekontrolle (CPAP, BIPAP, Heimbeatmung)

Wieviele Nächte pro Woche wird das Gerät genutzt?

- jede Nacht oft selten nie

Wieviele 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

Probleme bei der Nutzung des Gerätes, Gründe für eine nicht regelmäßige Nutzung

keine Probleme

Probleme _____

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

Wenn ja, wie _____

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 ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	
Summe	

Mustermam, Muster

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 erstarbe	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:

Mustermam, Muster