

Patientenfragebogen

Name: _____, geb.: _____

Größe _____ Gewicht _____

Rauchen Sie Zigaretten? 0 Nein 0 Ja
 Rauchen Sie E-Zigaretten? 0 Nein 0 Ja
 Trinken Sie Alkohol? 0 Nein 0 Ja: 0 gelegentlich 0 regelmäßig
 Nehmen Sie Cannabis oder andere Rauschmittel zu sich? 0 Nein 0 Ja

Vordiagnosen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck (Hypertonus)	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Angst- / Panikstörung
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern / -flattern	<input type="checkbox"/> Psychose / Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt / KHK	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie / Platzangst
<input type="checkbox"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz): Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit ein? (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> keine Beschwerden <input type="checkbox"/> Luftnot bei starker Belastung <input type="checkbox"/> Luftnot bei leichter Belastung <input type="checkbox"/> Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Allergien (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher /-defibrillator	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Schlaganfall oder Hirnblutung	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> Restless-Legs-Syndrom (nächtliche Beinunruhe)
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Narkolepsie oder Hypersomnie
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Zähneknirschen (Bruxismus)
<input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht	<input type="checkbox"/> Schlafwandeln (Somnambulismus)
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Insomnie (Schlaflosigkeit)
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Alpträume, nächtliches Aufschrecken

Welche Medikamente nehmen Sie?

Name des Präparates	Dosierung (mg)	Morgens	Mittags	Abends



1. Fragen zu nächtlichen Atmungsstörungen

Schnarchen Sie? Nein Ja ist mir nicht bekannt
 Haben Sie Atemaussetzer? Nein Ja ist mir nicht bekannt

2. Fragen zum Schlaf

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

An Wochentagen _____Uhr _____Uhr

Am Wochenende _____Uhr _____Uhr

Einschlafstörungen? Nein Ja seit: Wochen, Monaten, Jahren
 Durchschlafstörungen? Nein Ja seit: Wochen, Monaten, Jahren
 Sind Sie morgens ausgeschlafen? Nein Ja
 Nehmen Sie Schlafmittel? Nein Ja: selten häufig
 Geben Sie diese bitte in der Medikamentenliste an.

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

3. Entlassmanagement

Bisherige Versorgung:

- Selbstständig (Anziehen und waschen)
 Hilfestellung benötigt bei: _____

Wen sollen wir im Notfall kontaktieren (z.B. Angehörige)?

Name: _____ Telefonnummer: _____

Wie ist Ihre aktuelle häusliche Situation?

- allein im eigenen Haushalt
 Im eigenen Haushalt mit einer oder mehreren weiteren Personen
 im Haushalt anderer
 vollstationäre Pflegeeinrichtung
 Sonstiges: _____

Wie ist ihre aktuelle berufliche Situation?

0 Schüler / Student 0 Rentner/Rentnerin 0 arbeitssuchend

0 Beruf: _____

Arbeiten Sie im Schichtdienst? Nein Ja

Welchen Führerschein besitzen Sie? PKW LKW Bus Taxi Tram Lok

Sind Sie in der Personenbeförderung tätig? Nein Ja

Patientenfragebogen, Seite 2 von 4



4. Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Bitte bewerten Sie diese Situationen, in denen eine Schläfrigkeit auftreten kann.

Im Sitzen lesen

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Beim Fernsehen

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Passiv in der Öffentlichkeit sitzen (MVV, Theater, Parkbank, Kino etc.)

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Als Beifahrer während einer einstündigen Fahrt im Auto sitzen

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Sich hinlegen mit der Absicht, sich auszuruhen

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Im Sitzen bei einer Unterhaltung mit einer anderen Person

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Nach dem Mittagessen ruhig sitzen (ohne Alkohol zum Mittagessen)

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Im Auto sitzen, wenn dieses verkehrsbedingt einige Minuten anhalten muss

- Einnicken ganz ausgeschlossen (0 Punkte)
- Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken (1 Punkt)
- Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken (2 Punkte)
- Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken (3 Punkte)

Gesamtpunktzahl: _____

5. STOP-Bang-Fragebogen

Schnarchen? Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bett Nachbar(in) Sie nachts mit dem Ellenbogen anstößt, weil Sie schnarchen)	Ja	Nein
Müde? Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig?	Ja	Nein
Aufgefallen? Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen?	Ja	Nein
Blutdruck? Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?	Ja	Nein
Body Mass Index über 35 kg/m²?	Ja	Nein
Sind Sie über 50 Jahre alt?	Ja	Nein

6. Bei Therapiekontrolle (CPAP, BIPAP, Heimbeatmung)

Wie viele Nächte pro Woche wird das Gerät genutzt? jede Nacht selten nie

Wie viele Stunden wird das Gerät durchschnittlich genutzt? > 6 Std. 4-6 Std. <4 Std

Nutzung des Gerätes auch im Urlaub? Ja Nein

Probleme/Gründe für eine nicht regelmäßige Nutzung des Geräts?

keine Probleme

Probleme: _____

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