



Patientenfragebogen

Name: _____, geb. _____

Größe _____ Gewicht _____

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

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus!

Vordiagnosen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck (Hypertonus)
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern / -flattern
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt / KHK
<input type="checkbox"/> Herzschwächer (Herzinsuffizienz) Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit ein bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> keine Beschwerden <input type="checkbox"/> Beschwerden bei starker Belastung <input type="checkbox"/> Beschwerden bei leichter Belastung <input type="checkbox"/> Beschwerden in Ruhe
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher /-defibrillator
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
<input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) <input type="checkbox"/> eingeschränkte Bewegungskoordination <input type="checkbox"/> Paresen (Erschlaffen, unvollständige Lähmung) <input type="checkbox"/> Pelgien (vollständige Lähmungen)
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale
<input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes-Atmung
<input type="checkbox"/> Restless-Leg-Syndrom (Beinzuckungen)

<input type="checkbox"/> Nächtliche Panik (Pavor nocturnus)
<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Angststörungen
<input type="checkbox"/> Klaustrophobie
<input type="checkbox"/> COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung) <input type="checkbox"/> Husten mit Sputum (Auswurf), vor allem morgens <input type="checkbox"/> Dyspnoe: bei Belastung, <input type="checkbox"/> Dyspnoe: auch in Ruhe <input type="checkbox"/> Atemgeräusche: Pfeifen (klingen "wie wenn eine rostige Tür quietscht")
<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Allergien bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Medikamente: _____
<input type="checkbox"/> Narkolepsie oder Hypersomnie
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen (Bruxismus)
<input type="checkbox"/> Sprechen während des Schlafes (Somniloquie)
<input type="checkbox"/> Schlafwandeln (Somnambulismus)
<input type="checkbox"/> Insomnie (Schlaflosigkeit)

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name	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

Leiden Sie unter:

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: 0 selten 0 häufig Geben Sie
diese bitte in der Medikamentenliste an. _____

Leiden Sie tagsüber unter?

- | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|
| - Schläfrigkeit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> häufig |
| - Sekundenschlaf | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> häufig |
| - Konzentrationsproblemen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> häufig |
| - Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> häufig |
| - Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> häufig |
| - Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> häufig |

3. Entlassmanagement:

Seit dem 01.10.2017 sind wir verpflichtet, ein Entlassungsmanagement vorzunehmen. Dazu bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Bisherige Versorgung:

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

Wen sollen wir im Notfall kontaktieren?

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 Berufstätig: _____

Arbeiten Sie im Schichtdienst? Nein Ja

Sind Sie in der Personenbeförderung tätig? Nein Ja



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:

1-6 normaler Schlaf / 7-8 durchschnittlich / 9-24 abnorme Schläfrigkeit



Schnarchen? Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bett Nachbar(in) Sie nachts mit dem Ellebogen anstößt, weil Sie schnarchen)?	Ja	Nein
Müde? Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?	Ja	Nein
Aufgefallen? Ist es schon einmal jemanden aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?	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

Bei Therapiekontrolle (CPAP, BIPAP, Heimbeatmung)

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

Wieviele 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? Nein Ja