

## Fragebögen Insomnie-Sprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

anbei senden wir Ihnen die Unterlagen für Ihren anstehenden Termin in unserer Insomnie-Sprechstunde.

Bitte füllen Sie uns alle Fragebögen inklusive das zweiwöchige Schlafprotokoll bis zu Ihrem Sprechstunden-Termin aus und senden uns die Unterlagen optimalerweise vor Ihrem Sprechstundentermin per E-Mail an [service@mvz-marienplatz.de](mailto:service@mvz-marienplatz.de) zu, damit sich Ihre Ärztin optimal auf den Termin mit Ihnen vorbereiten kann.

Bitte bringen Sie die Originale zu Ihrem Termin mit. Besten Dank.

Freundliche Grüße

Ihr MVZ Marienplatz Team

## **Biographische Anamnese**

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Seit:

Aktuelle Situation im Beruf:

Familienangehörige:

Aktuelle Situation in der Familie:

Art der Schlafprobleme:

Seit:



## HAMILTON – Angstskala (HAMA)

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

1. Ängstliche Stimmung Sorgen, Erwartung des Schlimmsten, furchtvolle Erwartungen, Reizbarkeit	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
2. Spannung Gefühl von Gespanntheit, Erschöpfung, Schreckhaftigkeit, Neigung zum Weinen, Zittern, Gefühl von Unruhe, Rastlosigkeit, Unfähigkeit sich zu entspannen	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
3. Furcht vor Dunkelheit, vor Fremden, vorm Alleingelassen werden, vor Tieren, vor Straßenverkehr, vor Menschenmengen	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
4. Schlaflosigkeit Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafschwierigkeiten, Nicht ausgeruht sein und Abgeschlagenheit beim Aufwachen, Träume, Alpträume, Pavor nocturnus	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
5. Intellektuelle Leistungsbeeinträchtigung Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisschwäche	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
6. Depressive Stimmung Interessensverlust, mangelnde Freude an Hobbies, Niedergeschlagenheit, vorzeitiges Aufwachen, Tagesschwankungen	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
7. Allgemeine somatische Symptome (muskulär) Muskelschmerzen, -zuckungen, -steifheit, -myoklonische Zuckungen, Zähneknirschen, unsichere Stimme, erhöhter Muskeltonus	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
8. Allgemeine somatische Symptome (sensorisch) Tinnitus (Ohrensausen, Ohrenklingen), verschwommenes Sehen, Hitzewallungen und Kälteschauer, Schwächegefühl, Kribbeln	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
9. Kardiovaskuläre Symptome Tachykardie, Herzklopfen, Brustschmerzen, Pochen in den Gefäßen, Ohnmachtsgefühle, Aussetzen des Herzschlags	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
10. Respiratorische Symptome Druck oder Engegefühl in der Brust, Erstickungsgefühl, Seufzer Luftnot	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
11. Gastrointestinale Symptome Schluckbeschwerden, Blähungen, Bauchschmerzen, Schmerzen vor oder nach dem Essen, Sodbrennen, Magenbrennen, Völlegefühl, Saures Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen, Darmkollern, Durchfall, Gewichtsverlust, Verstopfung	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
12. Urogenitale Symptome Häufiges Wasserlassen, Harndrang, Amenorrhö, Menorrhagie, Entwicklung einer Frigidität, Ejaculatio praecox, Libido Verlust, Impotenz	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
13. Neurovegetative Symptome Mundtrockenheit, Erröten, Blässe, Neigung zum Schwitzen, Schwindel, Spannungskopfschmerzen, Gänsehaut	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
14. Verhalten beim Interview Zappeligkeit, Rastlosigkeit oder Hin- und Herlaufen, Händetremor, Augenbrauenfurchen, abgespanntes Gesicht, Seufzer oder beschleunigte Atmung, blasses Gesicht, Lietschlucken, Lidzucken, Tics, Schwitzen	0 nicht vorhanden	1 gering	2 mäßig	3 stark	4 sehr stark
<b>Gesamtwert</b>					

## Depressions-Fragebogen

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig.
  - 1 Ich bin traurig.
  - 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
  - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
  - 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
  - 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
  - 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.
- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
  - 1 Ich habe das Gefühl, öfters versagt zu haben als der Durchschnitt.
  - 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
  - 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
  - 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
  - 2 Ich kann aus nichts mehr eine Befriedigung ziehen.
  - 3 Ich bin mit allem unzufrieden.
- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
  - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
  - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
  - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.
- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
  - 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
  - 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
  - 3 Ich habe das Gefühl bestraft zu gehören.
- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
  - 1 Ich bin von mir enttäuscht.
  - 2 Ich finde mich fürchterlich.
  - 3 Ich hasse mich.

- H** 0 Ich habe nicht das Gefühl schlechter zu sein als die anderen.  
 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.  
 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.  
 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
- I** 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.  
 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nie tun.  
 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.  
 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
- J** 0 Ich weine nicht öfters als früher.  
 1 Ich weine jetzt mehr als früher.  
 2 Ich weine die ganze Zeit.  
 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
- K** 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.  
 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.  
 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.  
 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
- L** 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.  
 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.  
 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.  
 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
- M** 0 Ich bin so entschlossfreudig wie immer.  
 1 Ich schiebe Erledigungen jetzt öfters als früher auf.  
 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.  
 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen treffen.
- N** 0 Ich habe nicht das Gefühl schlechter auszusehen als früher.  
 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.  
 2 Ich habe das Gefühl, dass in meinem Aussehen Veränderungen auftreten.  
 3 Ich finde mich hässlich.
- O** 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.  
 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit anfangen.  
 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.  
 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

- P** 0 Ich schlafe so gut wie sonst.  
 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.  
 2 Ich wache 1-2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.  
 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
- Q** 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.  
 1 Ich ermüde schneller als früher.  
 2 Fast alles ermüdet mich.  
 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
- R** 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.  
 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.  
 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.  
 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
- S** 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.  
 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.  
 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.  
 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.  
 Ich esse absichtlich weniger um abzunehmen  Ja  Nein
- T** 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.  
 1 Ich mache mir Sorgen um körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.  
 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt an etwas anderes zu denken.  
 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.
- U** 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt  
 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher  
 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex  
 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

\_\_\_\_\_ Punkte

## Insomnia Severity Index

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen zu Ihrem Schlaf und dessen Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit rückblickend über die letzten 4 Wochen und kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

<i>1) Schwierigkeit, einzuschlafen</i>				
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
0	1	2	3	4
<i>2) Schwierigkeit, durchzuschlafen</i>				
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
0	1	2	3	4
<i>3) Das Problem, am Morgen früh aufzuwachen</i>				
Kein	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4
<i>4) Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schlafverhalten?</i>				
Sehr zufrieden	Zufrieden	Neutral	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
0	1	2	3	4
<i>5) In welchem Ausmaß beeinflussen Ihre Schlafprobleme Ihrer Ansicht nach Ihre Alltagsfunktionen (z. B. Tagesmüdigkeit, Fähigkeit auf der Arbeit/bei Alltagstätigkeiten zu funktionieren, Konzentration, Erinnerung, Stimmung)?</i>				
Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4
<i>6) In welchem Ausmaß nehmen Ihrer Ansicht nach Ihre Mitmenschen Ihr Schlafproblem und die damit verbundene Beeinflussung Ihrer Lebensqualität wahr?</i>				
Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4
<i>7) Wie besorgt/bedrückt sind Sie durch Ihre gegenwärtigen Schlafprobleme?</i>				
Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4

Interpretation:

0-7 Punkte: normal

15-21 Punkte: leicht- bis mittelgradige Insomnie

Insomnie

8-14 Punkte: «Grauzone»

22-28 Punkte: schwergradige



## Schlafprotokoll

Woche vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum:							
Mittagsschlaf gestern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gab es gestern etwas Besonderes?							
Wann sind Sie gestern zu Bett gegangen?							
Wieviel Zeit verging, bis Sie einschliefen? (Minuten)							
Falls Sie nicht einschlafen konnten, woran lag es?							
Sind Sie in der letzten Nacht aufgewacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft und wann?							
Wie lange waren Sie wach? (Minuten)							
Womit haben Sie sich beschäftigt, als Sie wach waren?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgestanden?							
Haben Sie gestern Abend Alkohol oder koffeinhaltige Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie gestern Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Schlafprotokoll

Woche vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum:							
Mittagsschlaf gestern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gab es gestern etwas Besonderes?							
Wann sind Sie gestern zu Bett gegangen?							
Wieviel Zeit verging, bis Sie einschliefen? (Minuten)							
Falls Sie nicht einschlafen konnten, woran lag es?							
Sind Sie in der letzten Nacht aufgewacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft und wann?							
Wie lange waren Sie wach? (Minuten)							
Womit haben Sie sich beschäftigt, als Sie wach waren?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgestanden?							
Haben Sie gestern Abend Alkohol oder koffeinhaltige Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie gestern Medikamente eingegenommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Patientenfragebogen**

Größe:

Gewicht:

Vordiagnosen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

	Hoher Blutdruck (Hypertonus)		Nächtliche Panik (Pavor nocturnus)
	Herzrhythmusstörungen		Depression
	Vorhofflimmern / -flattern		Angststörungen
	Herzinfarkt / KHK		Klaustrophobie
	Herzschwächer (Herzinsuffizienz) <b>Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit ein bitte ankreuzen</b> <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		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")
	Herzschrittmacher /-defibrillator		Epilepsie
	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		Morbus Parkinson
	Schlaganfall (Apoplex) <input type="checkbox"/> eingeschränkte Bewegungskoordination <input type="checkbox"/> Paresen (Erschlaffen, unvollständige Lähmung) <input type="checkbox"/> Pelgien (vollständige Lähmungen)		Allergien <b>bitte ankreuzen</b> <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Medikamente: _____
	Nierenerkrankungen		Narkolepsie oder Hypersomnie
	Schilddrüsenerkrankung		Zähneknirschen (Bruxismus)
	Adipositas		Sprechen während des Schlafes (Somniloquie)
	Asthma bronchiale		Schlafwandeln (Somnambulismus)
	Cheyne-Stokes-Atmung		Insomnie (Schlaflosigkeit)
	Restless-Leg-Syndrom (Beinzuckungen)		

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name	Dosierung (mg)	Morgens	Mittags	Abends

Rauchen Sie?  Nein  Ja  
Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja  selten  
 häufig  
Nehmen Sie Cannabis oder andere Rauschmittel zu sich?  Nein  Ja

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

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  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

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:

---

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

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit:

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

### Stop-Bang-Fragebogen

<b>Schnarchen?</b> Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellenbogen anstößt, weil Sie schnarchen?)	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Müde?</b> Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Aufgefallen?</b> Ist es schon einmal jemanden aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Blutdruck?</b> Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Body Mass Index über 35 kg/m<sup>2</sup>?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Sind Sie über 50 Jahre alt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Große Kragenweite?</b> (Gemessen um den Kehlkopf) Bei Männern: Kragenweite 43 cm oder mehr? Bei Frauen: Kragenweite 41 cm oder mehr?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Geschlecht = Männlich?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>

Bewertungskriterien für die allgemeine Bevölkerung:

Niedriges OSA - Risiko

0-2 Fragen JA

Mittleres OSA – Risiko

3-4 Fragen JA

Hohes OSA – Risiko

5-8 Fragen JA

ODER:

mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit JA + männlich

mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit JA + BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>

mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit JA + Halsumfang

## Pittsburgher Schlafqualitätsindex

Hinweis:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten vier Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Nächte während der letzten vier Wochen beziehen.

Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich ins Bett gegangen?	Uhrzeit:			
Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie eingeschlafen sind?	_____ Std. _____ Min.			
Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgewacht?	Uhrzeit:			
Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen effektiv geschlafen? <small>(muss nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die Sie im Bett verbracht haben)</small>	_____ Std. _____ Min.			
Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen an Schlafstörungen gelitten, weil	Gar nicht	Weniger als 1x pro Woche	1x oder 2x pro Woche	3x oder mehr pro Woche
- Sie innerhalb einer halben Stunde nicht einschlafen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sie mitten in der Nacht oder morgens viel zu früh aufgewacht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sie Schwierigkeiten beim Atmen hatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ihnen zu kalt war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ihnen zu warm war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sie schlecht geträumt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sie Schmerzen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere Gründe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen? (rezeptpflichtige oder frei verkäufliche)	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weniger als 1x pro Woche <input type="checkbox"/>	1x oder 2x pro Woche <input type="checkbox"/>	3x oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?	Gar nicht <input type="checkbox"/>	Weniger als 1x pro Woche <input type="checkbox"/>	1x oder 2x pro Woche <input type="checkbox"/>	3x oder mehr pro Woche <input type="checkbox"/>
Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Ziemlich gut <input type="checkbox"/>	Ziemlich schlecht <input type="checkbox"/>	Sehr schlecht <input type="checkbox"/>
Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?	Keine Probleme <input type="checkbox"/>	Kaum Probleme <input type="checkbox"/>	Etwas Probleme <input type="checkbox"/>	Große Probleme <input type="checkbox"/>

Schlafen Sie alleine in Ihrem Zimmer?	Ja  <input type="checkbox"/>	Ja, aber ein Partner schläft in einem anderen Zimmer  <input type="checkbox"/>	Nein, der Partner schläft im Zimmer aber in einem anderen Bett  <input type="checkbox"/>	Nein, der Partner schläft im gleichen Bett  <input type="checkbox"/>
Falls Sie einen Mitbewohner oder Partner haben, hat dieser bei Ihnen schon einmal folgendes bemerkt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lautes Schnarchen?</li> <li>- Lange Atempausen während des Schlafens?</li> <li>- Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes?</li> <li>- nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes?</li> <li>- andere Formen von Unruhe während des Schlafes (bitte beschreiben)?</li> </ul>	In den letzten vier Wochen  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Früher einmal  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gar nicht  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



**Fragebogen zu nächtlichen Beinbewegungsstörungen**  
**(Restless Legs Syndrom, periodische Beinbewegungen)**

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit dem Syndrom unruhiger Beine in der Nacht, dem sog. Restless Legs Syndrom, im Folgenden mit RLS abgekürzt. Bitte beantworten Sie die Fragen daher im Hinblick auf eine evtl. vorhandene nächtliche Beinunruhe im angegebenen Zeitraum.

**In den letzten 2 Wochen:**

1. Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Armen und Beinen einschätzen?
  - sehr 4
  - ziemlich 3
  - mäßig 2
  - leicht 1
  - nicht vorhanden 0
  
2. Wie stark würden Sie Ihren Drang einschätzen, sich wegen Ihrer RLS-Beschwerden bewegen zu müssen?
  - sehr groß 4
  - ziemlich 3
  - mäßig 2
  - leicht 1
  - nicht vorhanden 0
  
3. Wie sehr wurden die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen durch Bewegung gelindert?
  - Überhaupt nicht gelindert 4
  - Ein wenig gelindert 3
  - mäßig gelindert 2
  - vollständig oder fast vollständig gelindert 1
  - Es mussten keine RLS-Beschwerden gelindert werden 0

**In der letzten Woche:**

4. Wie sehr wurde Ihr Schlaf durch die RLS-Beschwerden gestört?
  - sehr 4
  - ziemlich 3
  - mäßig 2
  - leicht 1
  - überhaupt nicht 0
  
5. Wie müde oder schläfrig waren Sie tagsüber wegen Ihrer RLS-Beschwerden?
  - sehr 4
  - ziemlich 3
  - mäßig 2
  - leicht 1
  - überhaupt nicht 0

6. Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?

- Sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- nicht vorhanden 0

7. Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?

- Sehr oft an (d.h. an 6-7 Tagen in der Woche) 4
- Oft (d.h. an 4-5 Tagen in der Woche) 3
- Manchmal (d.h. an 2-3 Tagen in der Woche) 2
- Selten (d.h. an 1 Tag in der Woche) 1
- Überhaupt nicht 0

8. Wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?

- Sehr (d.h. länger als 8 Stunden pro Tag) 4
- Ziemlich (d.h. 3 – 8 Stunden pro Tag) 3
- Mäßig (d.h. 1-3 Stunden pro Tag) 2
- Leicht (d.h. weniger al 1 Stunde pro Tag) 1
- Nicht vorhanden 0

9. Wie sehr haben sich Ihre RLS-Beschwerden auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren Alltagstätigkeiten nachzugehen, z.B. ein zufriedenstellendes Familien-, Privat-, Schul- oder Arbeitsleben zu führen?

- Sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- überhaupt nicht 0

10. Wie stark haben Ihre RLS-Beschwerden Ihre Stimmung beeinträchtigt, waren Sie z.B. wütend, niedergeschlagen, traurig, ängstlich oder gereizt?

- Sehr 4
- ziemlich 3
- mäßig 2
- leicht 1
- überhaupt nicht 0

RLS-Gesamtscore:

0= kein RLS / 1-10= mildes / 11-20= mittelgradiges / 21-30 = schweres / 31-40= sehr schweres RLS