

## Fragebögen zum Schlafscreening (Polygrafie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gesunder Schlaf gehört zu den wichtigsten Funktionen des Körpers. Es gibt eine Vielzahl von gesundheitlichen Problemen, die zu gestörtem Schlaf führen können und umgekehrt kann ein nicht erholsamer Schlaf Gesundheitsstörungen hervorrufen.

Zur Abklärung Ihrer Beschwerden haben wir eine Schlafscreening (Polygrafie) vereinbart.

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige wichtige Hinweise:

Gerade bei Schlafstörungen ist es wichtig, sich ein umfassendes Bild des Patienten und seiner Beschwerden zu machen.

**Fragebögen** sind dabei eine gute Hilfe.

Fast alle wichtigen Fragen zu Ihrer Schlafstörung werden angesprochen und können durch Sie in Ruhe beantwortet werden.

Außerdem bieten standardisierte Fragebögen eine Bewertung Ihrer Schlafstörung, die sich mit anderen Patienten vergleichen lässt und in vielen schlafmedizinischen Zentren erprobt wurde.

Die relevanten Fragebögen umfassen:

- Fragebogen zur Beurteilung der Tagesmüdigkeit
- Fragebogen zur Schlafqualität
- Schlafstagebuch – Teil I
- Schlafstagebuch – Teil II

Wir bitten Sie, die Fragebögen gut durchzulesen und umfassend zu beantworten. Die ausgefüllten Fragebögen bringen Sie bitte zu ihrem vereinbarten Termin zur Auswertung des Schlafscreenings (Polygraphie) mit.

**Selbstverständlich werden Ihre Angaben von uns vertraulich behandelt!**

Hinweise zum Anlegen des Messgerätes erhalten Sie durch unsere Arztassistenzen und auf unserer Webseite unter [www.hnofeldkirch.at](http://www.hnofeldkirch.at) unter dem Schwerpunkt Schlafmedizin.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Gruppenpraxis für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Dr. Rieger & Dr. Hopf

## Fragebogen zur Beurteilung der Tagesmüdigkeit

Name:

Vorname:

Körpergröße:           cm

Gewicht:               kg

Geburtsdatum:

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**

**2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken**

**1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken**

**3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit, einzunicken			
Im Sitzen lesend	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Beim Fernsehen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten (z.B. an einer Bahnschranke, im Stau) halten müssen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>BITTE NICHT AUSFÜLLEN</b>	Summe:			

## Fragebogen zur Schlafqualität

**Name:**

**Vorname:**

**Körpergröße:**            **cm**            **Gewicht:**            **kg**            **Geburtsdatum:**

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 Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Wann sind Sie abends zu Bett gegangen? um ca.            Uhr

Wann sind Sie gewöhnlich morgens aufgestanden? um ca.            Uhr

Wie lange hat es gewöhnlich gedauert, bis Sie eingeschlafen sind? ca.            min

Wie viele Stunden haben Sie pro Nacht tatsächlich geschlafen? ca.            h

**Schätzen Sie die Häufigkeit der folgenden Ereignisse innerhalb der letzten vier Wochen ein:**

Ereignis ist pro Woche	Nie	Weniger als 1 x	ein bis zwei Mal	3 x oder häufiger
Ich habe schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht innerhalb 30 min einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nachts oder viel zu früh aufgewacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste aufstehen um zur Toilette zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Beschwerden beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss husten oder habe laut geschnarcht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir war zu kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir war zu warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schlecht geträumt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schlafmittel eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fiel mir tagsüber schwer, wach zu bleiben	<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"/>

**Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?**     Ja     Nein     Partner schläft im selben Bett

Falls Sie einen Partner / Mitbewohner haben, fragen Sie bitte, ob und wie Häufigkeit folgende Ereignisse **innerhalb der letzten 4 Wochen** aufgefallen sind.

Pro Woche wurden folgende Ereignisse bei mir von anderen Personen beobachtet	Nie	Weniger als 1 x	ein bis zwei Mal	3 x oder häufiger
lautes Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lange Atempausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucken oder ruckartige Beinbewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Phasen von Verwirrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Formen von Unruhe im Schlaf <i>Bitte beschreiben:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Schlafstagebuch – Teil I

Wir möchten Sie bitten, dieses **Schlafstagebuch**, bestehend aus einem allgemeinen Teil, Abend- und Morgenprotokollen, regelmäßig, vollständig und sorgfältig zu bearbeiten. Nur so können wir die darin enthaltenen Informationen zu Ihrem Nutzen verwerten. Es gibt keine bessere Methode, sich ein umfassendes Bild von Ihren Schlafgewohnheiten und/oder -störungen zu machen, als über längere Zeiträume hinweg gründlich Buch zu führen; so können auch besondere Zusammenhänge erkannt werden. Nehmen Sie diese Aufgabe bitte sehr ernst.

Bitte nehmen Sie sich unmittelbar vor dem abendlichen Lichtlöschen und unmittelbar nach dem morgendlichen Aufstehen jeweils etwa fünf Minuten Zeit, um das Protokoll zu bearbeiten. Mit Ausnahme der abendlichen Zu-Bett-Gehzeit sowie des morgendlichen Aufwachens und Aufstehens (Uhrzeit) sind wir lediglich an der subjektiven Einschätzung von Zeiträumen interessiert, also an der jeweiligen Einschätzung der nächtlichen Gesamtschlafzeit in Stunden und Minuten. Dazu benötigen Sie keine Uhr am Bett!

Bevor Sie heute Abend vor dem Lichtlöschen mit dem Ausfüllen des Abendprotokolls beginnen, stellen wir Ihnen vorab noch einige wesentliche Fragen zu Ihrem Problem und Ihrer Person. **Selbstverständlich werden Ihre Angaben von uns vertraulich behandelt!**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:** (DD.MM.JJJJ)

**Körpergröße:** cm

**Gewicht:** kg

**Haben Sie Probleme mit dem Ein- oder Durchschlafen ?**  Ja  Nein

**Haben Sie Probleme tagsüber wach zu bleiben?**  Ja  Nein

**Welche anderen Schlafprobleme haben Sie?**

**Wie häufig treten Ihre Schlafstörungen in einer Woche auf ?** Mal

**Seit wann bestehen Ihre Schlafschwierigkeiten ?** Monate Jahre

**Unter welchen anderen Erkrankungen leiden Sie ?**

**Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ?**

**Ausbildung und ausgeübter Beruf:**

**Patientenunterschrift:**

**Datum:** (DD.MM.JJJJ)

Im folgenden Teil II des Schlafstagebuches finden Sie eine Tabelle – bitte füllen Sie diese jeweils am Abend vor dem Schlafengehen und am Morgen nach dem Aufwachen aus.

