

Ausgefüllt von: Kunde Angehörige Behandler Datum :

Name: Geburtsdatum:

Bitte beantworten Sie alle Fragen so, wie es in den letzten drei Monaten typisch für Sie war!

H1: Wieviel Schlaf bekommen Sie typischerweise pro Nacht? _____ Std. (z.B. 8 Std.)

H2: Wie lange liegen Sie typischerweise im Bett pro Nacht? _____ Std. (z.B. 9 Std.)

H3: Ich empfinde mich als: eindeutig Morgentyp eher Morgentyp als Abendtyp
 eindeutig Abendtyp eher Abendtyp als Morgentyp

H4: Schichtarbeit? Ja, aktuell früher, in den letzten 7 Jahren Nein, nie

H5: Haben Sie den Eindruck Sie könnten an einer Erkrankung des Schlafes leiden? Ja Nein

| NIE oder SELTEN | 1-3 MAL PRO MONAT | 1-2 MAL PRO WOCHE | 3-5 MAL PRO WOCHE | TÄGLICH |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1) Ich schnarche | | | | |
| 2) Mir wurde gesagt, dass ich im Schlaf aufhöre zu atmen | | | | |
| 3) Ich wache auf und ringe oder schnappe nach Luft | | | | |
| 4) Ich habe Kopfschmerzen nach dem Aufwachen am Morgen | | | | |
| 5) Ich nicke tagsüber unbeabsichtigt ein (z.B. beim Arbeiten, lesen, Auto fahren) | | | | |
| 6) Ich fühle mich tagsüber müde, erschöpft oder energielos | | | | |
| 7) Ich brauche 30 Minuten oder länger, um einzuschlafen | | | | |
| 8) In der Nacht liege ich 30 Minuten oder länger wach | | | | |
| 9) Ich wache 30 Minuten oder früher auf als ich muss und kann nicht wieder einschlafen | | | | |
| 10) Ich nehme Mittel, um besser schlafen zu können | | | | |
| 11) Ich mache tagsüber Mittagsschlaf/ Nickerchen | | | | |
| 12) Meine Bettgezeit oder Aufstehzeit unterscheidet sich von einem Tag auf den anderen Tag um mehr als zwei Stunden | | | | |
| 13) Meine Arbeit oder andere Aktivität hindern mich daran, ausreichend Schlaf zu bekommen | | | | |
| 14) Mir wurde gesagt, dass ich im Schlaf gehe, rede, mich seltsam oder gewalttätig verhalte | | | | |
| 15) Ich erwache plötzlich ohne Grund und fühle mich erschreckt und ängstlich | | | | |
| 16) Ich habe Alpträume | | | | |
| 17) Ich esse direkt vor dem Einschlafen oder während der Nacht | | | | |
| 18) Wenn ich mich freue, lache, wütend oder verängstigt bin, verspüre ich eine plötzliche Muskelschwäche | | | | |
| 19) Wenn ich mich abends entspanne oder nachts schlafen will, habe ich ein unangenehmes unruhiges Gefühl in den Beinen, das sich durch Bewegung oder Herumgehen bessert | | | | |
| 20) Ich knirsche im Schlaf mit den Zähnen oder presse den Kiefer zusammen | | | | |
| 21) Ich wache nachts häufig ohne Grund auf | | | | |
| 22) Meine Tagesaktivitäten werden durch Schlafprobleme beeinträchtigt | | | | |
| 23) Ich habe wenig Interesse oder Freude an meinen Tätigkeiten | | | | |
| 24) Ich empfinde Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | | | | |
| 25) Ich empfinde Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung | | | | |
| 26) Ich bin nicht in der Lage Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | | | | |

Geschlecht: Mann Frau divers

Alter: _____

Halsumfang / Kragenweite: _____ cm

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Bluthochdruck: Ja Nein unbekannt

Rauchen: Ja, mehr als 5 Zigaretten am Tag Ja, gelegentlich Nein

Alkohol: täglich 3-6 mal die Woche 1-2 mal die Woche Selten/nie

Anzahl an Getränken pro Tag, an dem Sie Alkohol trinken (1dl Wein, 3dl Bier, 2cl Spirituosen):

Koffein (Kaffee, koffeinhaltiger Tee, Energiedrink), Anzahl Tassen:

Morgens: _____ Mittags: _____ Nachmittags: _____ Abends (nach 20 Uhr): _____

Schmerzen (Kopf, Rücken, Muskel...):

Morgens: _____ Abends: _____

Allergien:

Gräser/Pollen: _____ Hausstaub Tierhaare: _____ Nahrung: _____

Störung des Schlafs durch Partner/Familienmitglieder (z.B. Schnarchen, häufiges Aufstehen, Schichtarbeit, unterschiedliche Schlafenszeiten usw.): _____

Seit wann leiden Sie unter Schlafproblemen? _____ (Wenn unklar, ungefähres Datum angeben)

CPAP Maske zur Behandlung einer Schlafapnoe seit:

täglich, ganze Nacht täglich, halbe Nacht unregelmäßig nein/nicht zutreffend

INTERN AUSZUFÜLLEN

| NoSAS Score | | Pt | Apnea Score |
|--------------------|--|---------------|-------------|
| ♂ | | 2 | |
| Alter > 55 | | 4 | |
| Halsumfang: > 40cm | | 4 | |
| BMI 25-30 // > 30 | | 3 // 5 | |
| Schnarchen = 2 | | 2 | |
| Total | | > 8 | |

| Adaptierter PHQ2 | | Pt | Score |
|------------------|--|---------------|-------|
| Frage 23 | | 0-4 | |
| Frage 24 | | 0-4 | |
| Total | | > 5 | |
| Adaptierter GAD2 | | Pt | Score |
| Frage 25 | | 0-4 | |
| Frage 26 | | 0-4 | |
| Total | | ≥ 5 | |

| SLEEP HEALTH SCORE | | 1pt/item |
|---|--|----------|
| Dauer: H1 = 6-8h | | |
| Morgentyp: H3 = Morgentyp | | |
| Schnarchen: 1) | | |
| Tagesschläfrigkeit: 5) | | |
| Insomnie: 7)-10) | | |
| Regelmäßigkeit/Schichtarbeit: 13) & H4 = no | | |
| Schlafstörung: 15) & 16) & 19) | | |
| Zufriedenheit: 22) | | |
| Total | | |

| CM/KG | 155 | 160 | 165 | 170 | 175 | 180 | 185 | 190 | 195 |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| > 25 BMI => | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 95 |
| > 30 BMI => | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 |