

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____

Berufliche Tätigkeit (u.a. Schichtdienst): _____

Krankenkasse: _____ Telefon: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____ Blutdruck: _____

Symptome:Leiden Sie unter Einschlafstörungen? Ja, seit _____
 NeinNehmen Sie Schlafmittel? Ja, seit _____
 NeinSchnarchen Sie oft? Ja, seit _____
 NeinWurden bei Ihnen während des Schlafens auffällige
Atemnotzustände oder Atemstillstände beobachtet? Ja, seit _____
 NeinNeigen Sie dazu tagsüber einzuschlafen?
(z.B. Kino während der Mahlzeiten) Ja, seit _____
 NeinHaben Sie Mühe wachzubleiben, wenn Sie Lesen
Fernsehen oder Autofahren? Ja
 NeinFühlen Sie sich oft matt und zerschlagen? Ja
 NeinHaben Sie eine Einschränkung der geistigen/
körperlichen Leistungsfähigkeit bemerkt? Ja
 NeinWaren Sie schon in Verkehrsunfälle verwickelt,
Bei denen Ihre Einschlafneigung eine Rolle spielte? Ja
 NeinHaben schon Voruntersuchungen zur Schlafapnoe
Stattgefunden? Ja
 Nein

Übliche Schlafzeiten zwischen? _____ Uhr und _____ Uhr

Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen? Ja Nein
 zum TeilSind bei Ihnen Allergien bekannt?
(wenn ja bitte einzeln auflühren) Ja
 Nein

Epworth Schläfrigkeits-Skala

Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in den folgenden Situationen ein? Bitte kreuzen Sie an mit welcher Wahrscheinlichkeit Sie einschlafen werden.

0 → schlafe nie ein

1 → eine geringe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

2 → eine mittlere Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

3 → eine hohe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

Beim Sitzen und Lesen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim inaktivem Sitzen an einem öffentlichen Ort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim Reisen während einer einstündigen Autofahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim Ausruhen am Nachmittag	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sitzend während eines Gesprächs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim ruhigen Sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim Autofahren, während eines kurzen Stops im Verkehr	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Lebensqualitäts-Fragebogen

Bitte beachten Sie, dass manche der folgenden Fragen sich auf ihren jetzigen Zustand beziehen. Bitte machen Sie einen Strich auf der Skala, der Ihrer jeweiligen Beurteilung oder Ihrem Zustand entspricht, wie in dem folgenden Wetterbeispiel.

Beispiel: Das Wetter war gestern:

sehr schlecht

sehr gut

Wie müde fühlen Sie sich gerade?

sehr müde

sehr wach

Wie stufen Sie Ihr Konzentrationsvermögen jetzt gerade ein?

sehr abgelenkt

sehr konzentriert

Wie war Ihre Stimmung in den letzten drei Tagen?

sehr traurig

sehr frohen Mutes

Die tägliche Verrichtungen des Alltags (Anziehen, Zähneputzen, Einkaufen, zur Arbeit gehen) fallen mir:

sehr schwer

sehr leicht

Wie hoch schätzen Sie Ihre Freude am Leben zur Zeit ein?

sehr niedrig

sehr hoch

Wie wach fühlen Sie sich jetzt gerade?

sehr müde

sehr wach

Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?

überhaupt nicht zufrieden

sehr zufrieden

Datum

Unterschrift