Dr. med. Kai Wonneberger
Dr. med. Uta Stierstorfer (ang.)
Fachärzte für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Am Marktplatz 21 · 47829 Krefeld-Uerdingen

Telefon (02151) 481 444
(02151) 483 890
Fax (02151) 483891
info@hno-uerdingen.de

HNO

Fragebogen zur Erfassung schlafbezogener Atemstörungen

_____ _____
Name, Vorname Geburtsdatum, Alter

_____ _____
Datum

_____
Körpergewicht in kg

_____
Körpergröße in cm

Geschlecht: □ Männlich Weiblich □

□ Diagnostik □ CPAP-Überprüfung □ RLVW-Überprüfung

Einschlafzeit:_____ Aufwachzeit:_____

1. Haben Sie manchmal ein kribbelndes Gefühl in den Beinen und den Drang, diese zu bewegen?

   □ Ja □ Nein □

2. Treten Sie im Schlaf unwillkürlich mit den Beinen?

   □ Ja □ Nein □

3. Schnarchen Sie (Falls JA, gehen Sie bitte zu Frage 4, falls NICHT oder WEISS NICHT, gehen Sie bitte zu Frage 8)?

4. Ihr Schnarchen ist:

   □ leiser als Sprache □ so laut wie Sprache □ □ lauter als Sprache

5. Sie Schnarchen pro Woche?

   □ jede oder fast jede Nacht □ □ ein paar Nächte □ 1x oder weniger

6. Ihr Schnarchen ist unterbrochen durch Pausen?

   □ oft □ manchmal □ gar nicht

7. Schnarchen Sie in jeder Körperlage?

   □ Ja □ Nein □ weiß nicht

8. Haben Sie zurzeit eine(n) Lebensgefährten (-in)? □ Ja □ Nein □
   (falls NEIN, gehen Sie bitte zu Frage 13)

9. Hat Ihr Bettpartner jemals bemerkt, dass Ihre Atmung während des Schlafes aussetzt?

   □ Ja □ □ Nein □ weiß nicht

10. Hat Ihr Bettpartner jemals bemerkt, dass Sie schnarchen? □ Ja □ Nein □

11. Ist Ihr Schnarchen so laut, dass es Ihren Bettpartner stört? □ Ja □ Nein □

12. Hat Ihr Bettpartner, jemand außer Ihrem Bettpartner, je ihr Schnarchen bemerkt?

□ Ja, lautes Schnarchen □ □ Ja, leises Schnarchen □ Nein

13. Fühlen Sie sich schlapp, müde abgespannt oder nicht voll leistungsfähig?

□ Ja, fast jeden Tag □ Ja, 3-4 mal pro Woche □ Ja, 1-2 mal/ Woche

□ Ja, 1-2 mal pro Monat □ Nein, nie oder fast nie

14. Wie oft, glauben Sie, ist Ihr Schlaf nicht erfrischend?

□ fast jeden Tag □ 3-4 mal pro Woche □ 1-2 mal pro Woche

□ 1-2 mal pro Monat □ Nie oder fast nie

15. Haben Sie manchmal Phasen während des Tages, in denen Sie Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren, sich an Dinge zu erinnern oder wach zu bleiben?

□ Ja, fast jeden Tag □ Ja, 3-4 mal pro Woche □ Ja, 1-2 mal/ Woche

□ Ja, 1-2 mal pro Monat □ Nein, nie oder fast nie

16. Haben Sie einen hohen Blutdruck? □ □ Ja □ Nein □

Wenn JA, sind Sie deshalb in Behandlung? □ □ Ja □ Nein □

17. Wachen Sie nachts oder morgens mit Kopfschmerzen auf? □ □ Ja □ Nein

18. Haben Sie Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen? □ □ Ja □ Nein □

19. Arbeiten Sie in Schichten? □ □ Ja □ Nein

20. Wie viele Stunden Schlaf brauchen Sie, um ausgeschlafen zu sein?

□ 2-4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9 □ 10+

21. Wie schätzen Sie Ihre mittlere Schlafzeit pro Nacht in den letzten Wochen ein?

□ 2-4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9 □ 10+

22. Schlafen Sie im selben Raum wie ihr Partner?

□ fast jeden Tag □ 3-4 mal pro Woche □ 1-2 mal pro Woche

□ 1-2 mal pro Monat □ Nie oder fast nie

Quality of life - Fragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren gegenwärtigen Zustand. Bitte machen Sie einen Strich an der Stelle der Linie, der Ihrem jeweiligen Zustand entspricht.

1. Wie müde sind Sie gerade?

sehr müde — sehr wach

2. Wie stufen Sie Ihr Konzentrationsvermögen jetzt gerade ein?

sehr abgelenkt — sehr konzentriert

3. Wie war in den letzten 3 Tagen Ihre Stimmung?

sehr traurig — sehr frohen Mutes

4. Die täglichen Verrichtungen des Alltages (Zähneputzen, Einkauf, Arbeit, Anziehen) fallen mir?

sehr schwer — sehr leicht

5. Wie hoch schätzen Sie Ihre Freude am Leben zurzeit ein?

sehr gering — sehr hoch

6. Wie wach fühlen Sie sich jetzt gerade?

sehr müde — sehr wach

7. Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?

Überhaupt nicht zufrieden — sehr zufrieden

The Epworth Sleepiness Scale

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht hier um EINNICKEN und EINSCHLAFEN, NICHT (!) um eine geringe Müdigkeit!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweise in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge nicht kürzlich getan haben, versuchen Sie sich bitte vorzustellen, wie Sie sich in dieser Situation gefühlt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zuzuordnen:

0 = nie einnicken oder einschlafen
1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	**Einschlafwahrscheinlichkeit (Zahl 0-3)**
Beim Lesen im Sitzen	_____
Beim Fernsehen	_____
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzend (Kino, Theater, Besprechung o.ä.)	_____
Als Beifahrer in einem Auto für 1 Stunde ohne Pause	_____
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	_____
Bei einem Gespräch im Sitzen	_____
Im Stuhl nach einem Essen ohne Alkohol	_____
Im Auto für einige Minuten im stehenden Verkehr	_____
Bitte addieren. Danke! **Summe:**	_____

<u>Hinweis:</u> Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass eine Terminabsage mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen muss. Bei Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin ohne vorherige Absage erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 30-50 €. Sie erreichen uns telefonisch und jederzeit z.B. per email oder SMS.

_____
Datum, Unterschrift des Patienten