



espace

Lungen- und Schlafmedizin

Schlaffragebogen Erstkonsultation

Patient	Datum
---------	-------

Ja	Nein
----	------

Allgemeine Fragen

Bezeichnen Sie ihre Schlafqualität prinzipiell als gut?		
Wachen Sie morgens erholt auf?		
Können Sie nach dem ersten Wecker läuten aufstehen?		
Haben Sie am Morgen oft einen trockenen Mund?		
Haben Sie am Morgen gehäuft Kopfschmerzen?		
Haben Sie am Morgen rote Augen?		
Schnarchen Sie?		
Ist ihr Schnarchen besonders laut? Stört es den/die BettpartnerIn?		
Wurden bei Ihnen Atempausen während dem Schlafen beobachtet?		
Wachen Sie teils nachts nach Luft ringend auf?		
Schwitzen Sie nachts?		
Schlafen Sie abends nach dem Zubettgehen rasch ein (<30min)?		
Wachen Sie nachts gehäuft auf (>3x)?		
Können Sie tagsüber in monotonen Situationen einfach einschlafen?		
Hat ihre körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit in den letzten 6 Monaten nachgelassen?		
Fühlen Sie sich oft gestresst, sind Sie leicht reizbar?		
Leiden Sie an Potenzproblemen oder hat das Verlangen nach Geschlechtsverkehr nachgelassen?		
Haben Sie einen Sekundenschlaf im Strassenverkehr gehabt?		
Mussten Sie während dem Fahren wegen Sekundenschlaf schon anhalten?		
Trat bereits ein Unfall wegen Einschlafen am Steuer auf?		
Leiden Sie unter Bluthochdruck?		
Sind Sie durch unruhige Beine (Kribbelgefühle oder Schmerzen) beim Einschlafen gestört?		
Haben Sie nächtliche Beinbeschwerden und müssen deshalb aufstehen und umhergehen?		
Wurden nachts Bewegungen oder Zuckungen an Armen oder Beinen beobachtet?		
Überfällt Sie Müdigkeit manchmal so heftig, dass Sie sofort einschlafen, egal wo Sie sind?		
Passiert es, dass Sie morgens wie gelähmt aufwachen (sich nicht mehr bewegen können)?		
Haben Sie schon traumähnliche Bilder (Halluzinationen) erlebt, obwohl Sie nicht mehr schliefen?		
Haben Sie bei starken Gefühlen (Freude, Lachen, Ärger) je eine plötzlich Muskelschwäche, einen Kraftverlust in den Knien oder ein Herunterfallen des Kopfes bemerkt?		
Können Sie nachts gut durch die Nase atmen?		
Leiden Sie an Allergien?		

Fragen zum Schlafrhythmus

Bettgezeit Wochentags:	Aufstehen Wochentags:		
Bettgezeit Wochenende:	Aufstehen Wochenende:		
Machen Sie einen Mittagsschlaf?			
Machen Sie Schichtarbeit?			

Fragen zum Konsum

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten/Tag?		
Sind Sie ehemaliger Raucher?		
Wie viele Jahre haben Sie geraucht?		
Trinken Sie abends regelmässig Alkohol?		
Trinken Sie abends Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke?		
Nehmen Sie Schlafmittel?		

Fragen zu Schlafproblemen

Leiden Sie an Schlafproblemen?		
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?		
Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?		
Wachen Sie verfrüht auf und können danach nicht wieder einschlafen?		
Haben Sie oft Gedankenkreisen? Sorgen? Probleme, die sie nachts wälzen?		