

**Fragebogen für Patienten mit Schlafstörungen**

Datum \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

(Bitte beantworten sie alle Fragen auch wenn es z.T. Wiederholungen gibt)

tt mm jjjj

Größe:	cm	Gewicht:	kg
Seit wann leiden Sie unter Schlafstörungen? ____Wochen ____Monate ____Jahre			
Wie lange dauert es bis Sie einschlafen?			
Wie häufig wachen Sie nachts auf?			
Können Sie nach zu frühem Erwachen wieder einschlafen? ja nein			
Sind Ihre Schlafstörungen am Wochenende oder im Urlaub weniger ausgeprägt? ja nein			
Wie lange schlafen Sie pro Nacht? Stunden			
Mit wieviel Stunden Schlaf pro Nacht wären Sie zufrieden? Stunden			
Um wieviel Uhr gehen Sie in der Regel ins Bett? Uhr			
Um wieviel Uhr stehen Sie in der Regel auf? Uhr			
Um wieviel Uhr nehmen Sie abends die letzte Mahlzeit ein? Uhr			
Halten Sie meist einen Mittagsschlaf? ja nein			
Wenn ja, von wann bis wann? von bis Uhr			
Was ist Ihre letzte Beschäftigung vor dem Einschlafen?			
Welchen Beruf haben Sie? Arbeiten Sie im Schichtdienst? Wenn ja, in welchem Rhythmus?			
Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?			
Sind in Ihrer Familie Schlafstörungen bekannt?			
Leben Sie allein / mit Partner / Kindern / anderen Familienmitgliedern? Wieviele? _____			
Schlafen Sie in der Regel allein? ja nein			
Wird Ihr Schlaf gestört? Durch Licht / Lärm / Kälte oder ähnliches: _____			
Haben sich Ihre Schlafgewohnheiten in der letzten Zeit geändert? ja nein Wenn ja, in welcher Weise?			
Gibt es einen Auslöser für Ihre Schlafstörungen?			
Hatten Sie schon einmal psychische Probleme? Wenn ja, welche? (z.B. Depression, Psychose, Angststörung, Suizid)			
Sind in der Familie psychische Leiden bekannt?			

Wie würden Sie Ihre Stimmung im letzten Monat beschreiben?	
Hatten Sie schon einmal psychische Probleme?	
Was tun Sie um leichter einzuschlafen?	
Was tun Sie um tagsüber wach zu bleiben?	
Wie viele Nächte im vergangenen Monat würden sie einstufen als gut:	schlecht:
Bei Frauen: Menopause: Ja (seit wann?) nein	
Vor Auftreten der Schlafstörungen betrachteten Sie sich als: guter Schläfer; Morgentyp; mäßiger Schläfer; Mischtyp; schlechter Schläfer; Abendtyp	
Schnarchen Sie? Ja Nein weiss nicht	
Die Lautstärke des Schnarchens ist: Wie normale Atemgeräusche; Fast so laut wie normale Sprache; Lauter als normale Sprache; Extrem laut	
Wie häufig tritt das Schnarchen auf? Fast jeden Tag; 3-4x pro Woche; 1-2x pro Woche; 1-2x pro Monat; Nie oder fast nie	
Hat Ihr Schnarchen eine andere Person beim Schlafen gestört? Ja Nein	

**Nächtliche Beschwerden** (Kreuzen Sie bitte, die für Sie zutreffenden nächtlichen Beschwerden an):

	Schnarchen (evtl. vom Partner berichtet)		
	Atempausen (evtl. vom Partner berichtet)		
	nächtliches Sodbrennen		
	Wasserlassen im Schlaf		
	Bewegungsunfähigkeit trotz Wachsein		
	halluzinatorische Ereignisse		
	sexuelle Funktionsstörungen		
	Alpträume		
	plötzliche Angstzustände		
	Schlafwandeln		
	nächtliche Kopfschmerzen		
	häufiges Herumwälzen		
	Zähneknirschen		
	Gefühl der Atemnot		
	unwillkürliche Muskelzuckungen		
	Schmerzen, wenn ja, wo?		
	Sind die Beschwerden menstruationsabhängig?	ja	nein

**Beeinträchtigungen am Tage** (Kreuzen Sie bitte, die für Sie zutreffenden Beeinträchtigungen an)

	Tagesschläfrigkeit
	ungewolltes Einnicken
	Nervosität
	Nachlassen der Leistungsfähigkeit
	Angst vor der kommenden Nacht
	plötzlicher Tonusverlust der Muskulatur
	fehlendes Gefühl des Erholtsein
	Abgespanntheit
	Verstimmtheit
	Konzentrationsmangel
	Kopfschmerzen
	Störungen des Kurzzeitgedächtnisses

**Genussmittel**

	ja	nein	Tassen pro Tag:	Seit	zuletzt um	Uhr
Kaffee						
Tee						
Alkohol			Gläser pro Tag:			
Nikotin			Stück pro Tag:			

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Medikamentenname und Dosierung	morgens	mittags	abends	Seit ca.

**Krankheiten / Operationen**

	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
	Lungenerkrankungen
	Nierenerkrankungen
	Stoffwechselstörungen
	Neurologische Erkrankungen
	Schädel-Hirn-Trauma
	Hämatologische Erkrankungen
	Chronische Schmerzen / Polyneuropathie
	Sonstiges:
	Allergien:
	Operationen an Nase, Nebenhöhlen, Mandeln, Hals
	Andere Operationen:

**Insomnia severity scale (ISI):**

Bitte schätzen Sie ein, inwiefern Ihr Schlaf **in den letzten beiden Wochen** beeinträchtigt wurde durch:

		gar nicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer
1.	Einschlafstörungen	0	1	2	3	4
2.	Durchschlafstörungen	0	1	2	3	4
3.	Früherwachen	0	1	2	3	4

		sehr zufriede n	zu- frie de n	neutra l	unzu- frie de n	sehr unzufrie de n
4.	Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Schlaf?	0	1	2	3	4

		Über- haupt nicht	ein wenig	mäßig	stark	Sehr stark
5.	Wie stark glauben Sie, dass andere Personen die Auswirkung Ihres (schlechten) Schlafes auf Ihre Lebensqualität wahrnehmen?	0	1	2	3	4
6.	Inwiefern macht Ihnen Ihr (schlechter) Schlaf zur Zeit Sorgen?	0	1	2	3	4
7.	Wie stark ist Ihre Leistungsfähigkeit (z.B. Konzentration, Gedächtnis) und Ihr Wohlbefinden (z.B. Müdigkeit, Stimmung) tagsüber durch Ihren (schlechten) Schlaf beeinträchtigt?	0	1	2	3	4

Bitte beantworten Sie noch die nachfolgenden Fragen (RLS-Diagnose Index)

	regelmäßig ≥ 5 von 7 Tagen	gelegentlich an 1 bis 4 von 7 Tagen	nie	
1. Verspüren Sie einen Bewegungsdrang der Beine (Arme)?	2	1	-4	
2. Verspüren Sie, wenn Sie den Bewegungsdrang haben, Missempfindungen der Beine (Arme) wie Kribbeln, Stechen, Ziehen, Schmerzen?	2	1	-4	
3. Beginnen oder verschlechtern sich Bewegungsdrang/Missempfindungen, wenn Sie sich in Ruhe befinden (Liegen, Sitzen) oder sich nicht bewegen?	2	1	-4	
4. Werden Bewegungsdrang/Missempfindungen teilweise oder vollständig durch Bewegung (z.B. Herumlaufen oder Stretching) gelindert?	2	1	-4	
5. Nehmen Bewegungsdrang/Missempfindungen am Abend oder nachts im Vergleich zu tagsüber zu?	2	1	-4	
Summe:				
<b>Vom Arzt auszufüllen:</b>	<b>eindeutig</b>	<b>fraglich</b>	<b>nein</b>	<b>nicht beurteilbar</b>
6. Leidet der Patient/die Patientin unter Schlafstörung? (verlängerte Einschlafzeit, Schlafunterbrechungen, verkürzte Schlafdauer in der letzten 7 Tagen)	2	1	-1	
7. Leidet ein Verwandter 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) unter Bewegungsdrang/Missempfindungen (Frage 1-5)	2	1	0	0
8. Haben sich Bewegungsdrang/Missempfindungen unter einer dopaminergen Therapie gebessert?	2	1	-4	0
9. Polysomnographie-Befunde: Hinweise für RLS (PLM-Index>15/h, PLMS-Arousal-Index>5/h, PLMW)	2	1	-2	0
10. Können Bewegungsdrang oder Missempfindungen hinreichend durch andere medizinische Faktoren/Begleiterkrankungen erklärt werden (Muskelkrämpfe, lagebedingt, Polyneuropathie) Sekundäres RLS als nein=2 bewerten	-4	-1	2	0
Summe:				

Bitte füllen Sie auch noch den nachfolgenden Fragebogen aus (Epworth sleepiness scale)				
Dieser Test bezieht sich auf Ihren Alltag <b>in der letzten Zeit</b> . Selbst wenn Sie einige Situationen in der letzten Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten. Benutzen Sie die folgende Skala von 0 bis 3, um die am besten passende Zahl für jede Situation auszuwählen.				
Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden acht Situationen einnicken oder einschlafen, sich also nicht nur müde fühlen?	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	niemals 0 Punkte	gering 1 Punkt	mittel 2 Punkte	hoch 3 Punkte
a. Im Sitzen lesen				
b. Fernsehen				
c. Ruhiges Sitzen (z.B. Kino, Theater, Versammlung)				
d. Als Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde Fahrt ohne Pause				
e. Sich Nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben				
f. Mit jemandem zusammensitzen und sich unterhalten				
g. Ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol				
h. In einem Auto, während man für einige Minuten im Verkehr anhält				
Gesamtpunktzahl				

Teilen Sie uns hier noch Dinge mit, die Sie für wichtig erachten, bisher aber nicht gefragt wurden:
