



Anamnesebogen für Patienten mit Schlafstörungen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Datum: _____

1. Seit wann leiden Sie unter Schlafstörungen? _____ Wochen _____ Monate _____ Jahre

Art der Schlafstörungen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 2. Fällt Ihnen das Einschlafen schwer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Wachen Sie nachts auf und können kaum wieder einschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Wachen Sie morgens zu früh auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Wie lange dauert es bis Sie einschlafen? | _____ | Minuten |
| 6. Wie häufig erwachen Sie nachts? | _____ | mal |
| 7. Wann wachen Sie morgens auf? | | |
| 8. Können Sie nach zu frühem Erwachen wieder einschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Sind Ihre Schlafstörungen am Wochenende weniger ausgeprägt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Wie lange schlafen Sie pro Nacht? | | _____ Std. |
| 11. Mit wieviel Stunden Schlaf pro Nacht wären Sie zufrieden | | _____ Std. |

Schlafgewohnheiten:

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| 12. Um wieviel Uhr gehen Sie in der Regel ins Bett? | | _____ Uhr |
| 13. Um wieviel Uhr stehen Sie in der Regel auf? | | _____ Uhr |
| 14. Um wieviel Uhr nehmen Sie abends die letzte Mahlzeit ein? | | _____ Uhr |
| 15. Halten Sie meist einen Mittagsschlaf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Wenn ja, von wann bis wann? | von _____ bis _____ | Uhr |
| 17. Was ist Ihre letzte Beschäftigung vor dem Einschlafen? | | |
| 18. Arbeiten Sie im Schichtdienst? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 19. Wenn ja, in welchem Rhythmus? | | |
| 20. Schlafen Sie in der Regel allein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 21. Wird Ihr Schlaf gestört durch liegen andere Störfaktoren vor? | <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> Lärm <input type="checkbox"/> Kälte |
| 22. Haben sich Ihre Schlafgewohnheiten in der letzten Zeit geändert? Wenn ja, in welcher Weise? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 23. Gibt es einen Auslöser für Ihre Schlafstörungen? Wenn ja, welchen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 24. Schlafen Sie anderweitig besser als im eigenen Bett (Couch, Urlaub)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 25. Was tun Sie um leichter einzuschlafen? | | |
| 26. Was tun Sie um tagsüber wach zu bleiben? | | |
| 27. Wieviele Nächte im vergangenen Monat würden Sie als gut _____ oder schlecht _____ einstufen? | | |

28. Sie würden sich am ehesten bezeichnen als:
 guter Schläfer mäßiger Schläfer schlechter Schläfer

Sie sind ein:
 Morgentyp Mischtyp Abendtyp



29. Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden nächtlichen Beschwerden an:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schnarchen (evtl. vom Partner berichtet) | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Atempausen (evtl. vom Partner berichtet) | <input type="checkbox"/> plötzliche Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> nächtliches Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln |
| <input type="checkbox"/> Wasserlassen im Schlaf | <input type="checkbox"/> nächtliche Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsunfähigkeit trotz Wachsein | <input type="checkbox"/> häufiges Herumwälzen |
| <input type="checkbox"/> Halluzinationen/ Trugwahrnehmungen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Funktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Gefühl der Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> unwillkürliche Muskelzuckungen |
| <input type="checkbox"/> Mißempfindungen, Kribbeln in Armen/ Beinen | <input type="checkbox"/> menstruationsabhängige Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen, wenn ja, wo? _____ | <input type="checkbox"/> Andere Beschwerden: _____ |

30. Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden Beeinträchtigungen am Tage an:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tagesschläfrigkeit | <input type="checkbox"/> Fehlendes Gefühl des Erholtseins |
| <input type="checkbox"/> ungewolltes Einnicken | <input type="checkbox"/> Abgespanntheit |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Verstimmtheit |
| <input type="checkbox"/> Nachlassen der Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel |
| <input type="checkbox"/> Angst vor der kommenden Nacht | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Plötzlicher Spannungsverlust der Muskulatur | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/ Autounfall durch Einnicken |
| <input type="checkbox"/> Störungen des Kurzzeitgedächtnisses | <input type="checkbox"/> Beinaheunfall durch Müdigkeit |

31. Genussmittel:

- | | | | | |
|---------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Kaffee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ Tassen/ Tag | zuletzt um _____ Uhr |
| Tee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ Tassen/ Tag | zuletzt um _____ Uhr |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ Gläser Bier oder Wein/ Tag | zuletzt um _____ Uhr |
| Nikotin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ Zigaretten /Tag | zuletzt um _____ Uhr |

32. Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel ein ?

ja nein

Medikament/ Dosierung?
Über welchen Zeitraum?

_____ Wochen Monate Jahre

33. Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein ?

ja nein

- Durchblutungsfördernde Mittel (z.B. Buflomedil, Dihydroergotoxin, Pentoxifyllin)
- Antibiotika (z.B. Gyrasehemmer)
- Medikamente gegen Depressionen oder Psychosen (z.B. Neuroleptika, Antidepressiva,)
- Medikamente gegen Krebserkrankungen (z.B. Zytostatika, Chemotherapeutika)
- Migränemittel (z.B. Methysergid)
- Blutdruckmittel (z.B. Betablocker, Clonidin, Effortil)
- Asthmamittel (z.B. Theophyllin, Clenbuterol)
- Hormonpräparate (z.B. Steroide, Thyroxin, Pille)
- Antiparkinsonmittel (z.B. L-Dopa)
- Medikamente gegen Epilepsie (z.B. Phenytoin, Barbexaclon)
- Weiche/ harte Drogen (z.B. Cannabis, Marihuana, Haschisch, Kokain, LSD, Heroin))
- Aufputzmittel (z.B. Stimulantien, Schnüffelstoffe, Appetitzügler, Alkohol, Nikotin)
- Schlafmittel (z.B. Barbiturate, Benzodiazepine, Antidepressiva, Neuroleptika)



- Medikamente gegen Allergien (z.B. Antihistaminika)
 Andere oder rezeptfreie Medikamente? Welche? _____

34. Leiden Sie an folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)
 Lungenerkrankungen (z.B. chronische Bronchitis, Asthma)
 Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Magengeschwür, Sodbrennen, Leberfunktionsstörungen)
 Nierenerkrankungen (z.B. chronische Funktionsstörungen, Dialyse)
 Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette)
 Neurologische Erkrankungen (Migräne, Epilepsie, Morbus Parkinson, Schlaganfall)
 Schädel-Hirn-Verletzungen
 Erkrankungen des blutbildenden Systems/ hämatologische Erkrankungen (Leukämie, Morbus Hodgkin)
 Chronische Schmerzen (Arthritis, Krebs, Wirbelsäulenbeschwerden)
 Polyneuropathie
 Erkrankungen des Innenohres (Hörsturz, Gleichgewichtsausfall)
 Allergien: _____

35. Sind in der Familie Schlafstörungen bekannt?

Wenn ja, welche Angehörige sind betroffen?

- ja nein

36. Sind in der Familie psychische Leiden bekannt?

Wenn ja, wer ist betroffen?

Welche Erkrankung liegt vor

- ja nein

37. Hatten Sie einmal psychische Probleme?

Wenn ja, welche? (z.B. Depression, Psychose, Angststörungen, Suizid-Versuch)
Wie würden Sie Ihre Stimmung im letzten Monat beschreiben?

- ja nein

38. Wieviele Ärzte haben Sie wegen Ihrer Schlafstörung bereits aufgesucht?

Wurde Ihr Schlaf schon einmal in einem Labor/ zu Hause untersucht?

- ja nein

39. Welchen Beruf haben Sie?

40. Leben Sie allein?

- ja nein

43. Welchen Hobbys gehen Sie nach?

44. Befinden Sie sich derzeit in einer besonderen Belastungssituation?

Wenn ja, welcher Art?

- ja nein

45. Mit der anonymisierten vertraulichen Auswertung meiner Daten bin ich einverstanden?

- ja nein

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (ESS- Epworth Sleepiness Scale)

Datum:

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken**
- 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③
Beim Fernsehen	① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③
Bitte durch Patienten zusammenrechnen	
Summe	