

SCHLAFSTÖRUNGEN – FRAGEBOGEN – Hausarztpraxis Dr. Heine & Brand

Bitte vollständig ausfüllen und zum Termin mitbringen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Schichtarbeit: ja nein

1) Hauptbeschwerde (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Frühes Erwachen Nicht erholsamer Schlaf

Beginn seit: _____ Häufigkeit: _____ Nächte/Woche
(≥3?) Dauer: _____ Monate (≥3?)

Tagesbeeinträchtigung: Müdigkeit/Schlaftrigkeit
Konzentrationsstörungen Gereiztheit Leistungseinbruch

2) Schlafhygiene & Gewohnheiten

Zubettgehzeit: ____ : ____ Aufstehzeit: ____ : ____
Einschlafdauer: _____ Min nächtl. Wachliegezeit: _____ Min

Tagschlaf/Nickerchen: nein ja, wie oft? _____ Dauer:
_____ Min

Koffein nach 14 Uhr: nein ja, Menge: _____ Alkohol
am Abend: nein ja, Menge: _____

SCHLAFSTÖRUNGEN – FRAGEBOGEN – Hausarztpraxis Dr. Heine & Brand

Nikotin: nein ja _____/Tag Spätabendliche Bildschirmnutzung (>1 h): nein ja

Bett nur für Schlaf/Intimität genutzt: ja nein

3) Epworth Sleepiness Scale (ESS) – Tagesschläfrigkeit (0=nie, 1=selten, 2=häufig, 3=sehr wahrscheinlich)

- a) Im Sitzen lesen: b) Fernsehen: c) Ruhig sitzend, in Öffentlichkeit:
- d) Als Beifahrer 1 h ohne Pause: e) Nachmittags liegend ruhen:
- f) Im Sitzen mit jemandem sprechen: g) Ruhig sitzend nach dem Mittagessen (ohne Alkohol):
- h) Im Auto an einer roten Ampel haltend:

Summe ESS (0–24):

4) Hinweise auf schlafbezogene Atmungsstörung (OSAS)

Starkes Schnarchen: nein ja Atemaussetzer beobachtet: nein ja Morgenkopfschmerzen: nein ja

Nicht-erholtes Erwachen/Tagesmüdigkeit: nein ja
Hypertonie: nein ja

BMI > 35 kg/m²: nein ja Halsumfang groß: nein ja
Alter >50: nein ja Männlich: nein ja

SCHLAFSTÖRUNGEN – FRAGEBOGEN – Hausarztpraxis Dr. Heine & Brand

5) Restless-Legs-Syndrom (RLS) – Kernkriterien

Drang, Beine zu bewegen, oft mit Missemmpfindungen: nein ja

Beschwerden treten in Ruhe/liegend/sitzend auf: nein ja

Besserung durch Bewegung: nein ja

Abends/Nachts stärker als tagsüber: nein ja

Familienanamnese RLS: nein ja Wirksame Medikation in

Vergangenheit: nein ja, welche: _____

6) Parasomnien / Bewegungen / Alpträume

Schlafwandeln REM-Schlaf-Verhaltensstörung
(Trauminhalte „ausagieren“) Albträume

Zähneknirschen Periodische Beinbewegungen (PLMS)
nächtliche Panikattacken keine

7) Schmerzen / Psyche / Komorbiditäten

Chronische Schmerzen: nein ja, wo?

Stimmung: unauffällig depressive Verstimmung Angst
Grübeln im Bett

Bekannte Erkrankungen: Hypertonie KHK COPD/Asthma
Diabetes Schilddrüse Reflux andere: _____

SCHLAFSTÖRUNGEN – FRAGEBOGEN – Hausarztpraxis Dr. Heine & Brand

8) Medikamente / Substanzen

Aktuelle Medikation (inkl. Schlaf-/Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Antihistaminika):

Abends eingenommene Präparate:

Substanzen: Alkohol Cannabis andere: _____

Red Bull/Energy Drinks: nein ja

9) Schlafumgebung

Lärm/Licht/Temperatur stören: nein ja Partner stört
(Schnarchen/Bewegung): nein ja

Handy im Schlafzimmer: nein ja Haustiere im
Bett/Schlafzimmer: nein ja

Bitte zeichnen/erläutern Sie ggf. den typischen Schlafablauf
(Schlafbeginn, Erwachen in der Nacht, Aufstehen):

Vielen Dank! Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur
Sprechstunde mit.