

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/Schläfrigkeit ☐
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 Missempfindungen: ☐ 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
(Trauminalhalte „ausagieren“) ☐ Alpträume

☐ 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.