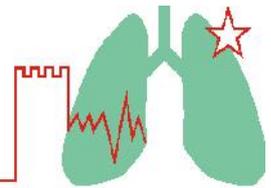


Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Datum:

# Ambulantes Zentrum für Lungenkrankheiten und Schlafmedizin Cottbus



Dr. med. Frank Käbner ~ Dipl.-Med. Frank Heinrich ~ Iwona Cwiek  
 Andrea Lenartowsky ~ Dr. med. Dominik Holbe ~ Dr. med. Florian Daub  
 03050 Cottbus \* Thiemstraße 124 \* Tel.: (0355) 543 922 ~ Fax: (0355) 543 923  
 Standort 03205 Calau \* Karl-Marx-Str. 104 \* Tel.: (03541) 801152 ~ Fax: (03541) 802583  
 Standort 04910 Elsterwerda \* Elsterstr. 37 \* Tel.: (03533) 781032 ~ Fax: (03533) 488229

## Fragebögen zum Thema Schlaf

### Schlafverhalten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 zur Abklärung Ihres Befundes ist es erforderlich, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte beantworten Sie den Fragebogen vollständig,  
 indem Sie das jeweils zutreffende Kästchen ankreuzen bzw. den entsprechenden Text einsetzen. Bei den Fragen zum Schlafverhalten bitten  
 wir Sie, sich auf den Zeitraum der vergangenen vier Wochen zu beziehen.

#### 1) Sind Sie tagsüber müde?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 2) Schlafen Sie tagsüber spontan ein?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 3) Fällt es Ihnen schwer, lange konzentriert zu bleiben?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 4) Fühlen Sie sich in letzter Zeit in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 5) Kommt es vor, dass Sie - abends schlecht einschlafen?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### - mitten in der Nacht aufwachen?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### - früher als gewohnt aufwachen, ohne wieder einzuschlafen?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 6) Müssen Sie nachts Wasser lassen?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 7) Sind abends Ihre Beine geschwollen?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 8) Hat Ihr Partner Atemstillstände bei Ihnen bemerkt?

Ja      –      Nein      –      Habe keinen Partner      –

#### 9) Erwachen Sie morgens frisch und munter?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

#### 10) Fühlen Sie sich am Morgen schlapp und wie gerädert?

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Datum:

**11) Haben Sie morgens Kopfschmerzen?**

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

**12) Schnarchen Sie laut und unregelmäßig?**

1 nie	2 selten	3 gelegentlich	4 oft	5 sehr oft
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

**13) Haben Sie Bluthochdruck (Hypertonie)?**

Ja                       Nein                       Weiß nicht

**14) Rauchen Sie Zigaretten?**

Ja                       Nein                       wie viel?

**15) Geben Sie bitte noch Ihr Körpergewicht und Ihre Größe an:**

Körpergewicht: ca. \_\_\_\_\_ kg                      Körpergröße: ca. \_\_\_\_\_ cm

**16) Sind Sie berufstätig?**

Ja, als \_\_\_\_\_  
Nein, was beschreibt Ihre Situation am besten?  
Hausfrau                       Rentner                       Wehr-/Zivildienstleistender   
Arbeitslos                       sonstiges \_\_\_\_\_

**Quality of Life-Fragebogen (QoL)**

**Bitte machen Sie einen Strich auf der Skala, der Ihrer jeweiligen Beurteilung oder Ihrem Zustand entspricht, wie im folgenden Wetterbeispiel.**

Beispiel:

Das Wetter war gestern:

sehr schlecht	<input type="text" value="X"/>	sehr gut
Wie müde fühlen Sie sich gerade?		
sehr müde	<input type="text"/>	sehr wach
Wie stufen Sie Ihr Konzentrationsvermögen jetzt gerade ein?		
sehr abgelenkt	<input type="text"/>	sehr konzentriert
Wie war Ihre Stimmung in den letzten 3 Tagen?		
sehr traurig	<input type="text"/>	sehr frohen Mutes
Die täglichen Verrichtungen des Alltags (Anziehen, Zähneputzen, Einkaufen, zur Arbeit gehen) fallen mir:		
sehr schwer	<input type="text"/>	sehr leicht
Wie hoch schätzen Sie Ihre Freude am Leben zur Zeit ein:		
sehr niedrig	<input type="text"/>	sehr hoch
Wie wach fühlen Sie sich gerade jetzt?		
sehr müde	<input type="text"/>	sehr wach
Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden:		
überhaupt nicht zufrieden	<input type="text"/>	sehr zufrieden

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Datum:

**Epworth Sleepiness-Scale**

Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in den folgenden Situationen ein?  
Bitte kreuzen Sie an Mit welcher Wahrscheinlichkeit Sie einschlafen werden.

0 schlafe nie ein

1 eine geringe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

2 eine mittlere Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

3 eine hohe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

Beim Sitzen und Lesen

0  1  2  3

Beim Fernsehen

0  1  2  3

Bei inaktivem Sitzen an einem öffentlichen Ort

0  1  2  3

Beim Reisen während einer einstündigen Autofahrt ohne Pause

0  1  2  3

Beim Ausruhen am Nachmittag

0  1  2  3

Sitzend während eines Gesprächs

0  1  2  3

Beim ruhigen sitzen nach einem Essen ohne Alkohol

0  1  2  3

Beim Autofahren, während eines kurzen Stopps im Verkehr

0  1  2  3

**STOP-BANG Fragebogen**

Schnarchen	Schnarchen Sie laut(lauter als Sprechen oder hörbar durch eine geschlossene Tür?)	Ja	Nein
Müdigkeit	Fühlen Sie sich häufig müde oder schläfrig tagsüber?	Ja	Nein
Beobachtung	Hat jemand schon beobachtet, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen?	Ja	Nein
Blutdruck	Werden Sie oder wurden Sie wegen hohem Blutdruck behandelt?	Ja	Nein
BMI	Höher als 35kg/m <sup>3</sup> ?	Ja	Nein
Alter	Älter als 50 Jahre?	Ja	Nein
Halsumfang	Größer als 40 cm (bei Frauen), 43 cm (bei Männern)?	Ja	Nein
Geschlecht	Männlich?	Ja	Nein
	SUMMEN		

Datum:

Unterschrift: