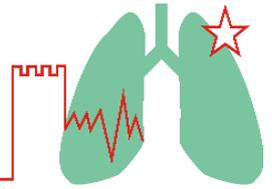


# Ambulantes Zentrum für Lungenkrankheiten und Schlafmedizin Cottbus



Dr. med. Frank Käbner ~ Dipl.-Med. Frank Heinrich ~ Iwona Cwiek  
Thiemstraße 124 \* 03050 Cottbus  
Tel.: (0355) 543 922 ~ Fax: (0355) 543 923

## Fragebogen II

(nur bei Verdacht auf Schlafstörung und Schnarchen)

### Fragebogen zum 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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

oder „( )“ bzw. den entsprechenden Text und „\_\_\_\_\_“ 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
----------	-------------	-------------------	----------	---------------

**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 \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Name:

Ort:

Datum:

Unterschrift: