

Allgemeiner Patientenfragebogen

Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrer Person.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass ich per Post oder Telefon/SMS vom Zentrum für Schlafmedizin kontaktiert werden kann ja nein Email:

Name, Vorname:

Geburtsdatum: __ . __ . __

Gewicht: kg Größe: cm Trend Gewichtszunahme ja nein

Wer hat Sie zu uns geschickt? ich mich selbst Angehörige Hausarzt Facharzt Sonstige

Name / Adresse Ihres Hausarztes:

Ich bin zurzeit **berufstätig**. **ja** Ausgeübte Tätigkeit:
Schichtarbeit ja nein
 nein Ich bin arbeitslos. Ich bin berentet. Ich bin in Ausbildung

Ich rauche täglich oder fast täglich. ja nein falls ja, Zigaretten o.a./Tag

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? Tage /Woche

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag, an dem Sie Alkohol trinken?
..... Glas Wein (1Glas = 0.125l) Glas Bier (1Glas = 0.25l)Glas Schnaps (1Glas = 0.04l)

Allergien: nein ja: worauf

Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Bei mir sind folgende **Erkrankungen** bekannt:

Zurzeit nehme ich folgende **Medikamente** ein:

Bitte füllen Sie auch die Rückseite mit aus! Vielen Dank!

Operationen (Art/Jahr):

--

Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrem Schlafverhalten.
--

Ich gehe meist am Abend um Uhr ins Bett und stehe morgens um Uhr auf.

Schlafstörungen	Ja	Nein
Ich habe das Gefühl, dass mein Schlaf nur leicht und oberflächlich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich brauche meist länger als 30 Minuten um einzuschlafen und/ oder liege nachts längere Zeit wach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme üblicherweise weniger als 6 Stunden Schlaf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wache nachts häufig auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit ist beeinträchtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Schlafprobleme treten häufiger als 3x / Woche auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Schlafprobleme bestehen länger als 4 Wochen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke schon am Tage daran, ob ich nachts werde schlafen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich nicht schlafen kann, denke ich mit Schrecken daran, wie ich den nächsten Tag schaffen soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich liege oft im Bett und kann einfach nicht abschalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schnarchen und übermäßige Schläfrigkeit	Ja	Nein
Obwohl ich ausreichend lange schlafe, habe ich Probleme tagsüber wach zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es kommt vor, dass ich tagsüber ungewollt einschlafe (z.B. beim Lesen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schnarche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Bettpartner/in hat bei mir Atempausen während des Schlafes beobachtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unruhige Beine im Schlaf	Ja	Nein
Ich werde durch Missempfindungen (Kribbeln oder Ziehen) verbunden mit Bewegungsdrang in den Beinen am Schlafen gehindert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafstörungen durch andere körperliche Krankheiten	Ja	Nein
Mein Schlaf wird durch Schmerzen oder körperliche Beschwerden beeinträchtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss nachts auf Toilette.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich esse nachts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafstörungen durch psychische Probleme	Ja	Nein
Ich fühle mich häufig depressiv oder ängstlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war schon einmal in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann nicht schlafen, wenn ich besonderem Stress ausgesetzt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auf die Patienteninformation zur neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung wurde ich hingewiesen (Siehe Aushang im Praxiseingang oder auf der Website schlafdoktor.de)

Datum / Unterschrift Patient