

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