INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
Universitätsklinik für Neurologie

Universitätsklinik für Neurologie
Klinikdirektor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Urs Fischer

KURZVERSION FRAGEBOGEN SCHLAFGESUNDHEIT

Nachname: Vorname: Geburtsdatum: Datum:

H1: Wieviel Schlaf bekommen Sie typischerweise pro Nacht? _____ Std (z.B. 8 Std)

H2: Wie lange liegen Sie typischerweise im Bett pro Nacht? _____ Std (z.B. 9 Std)

H3: Ich empfinde mich als: □ eindeutig Morgentyp □ eher Morgentyp als Abendtyp □ eindeutig Abendtyp □ eher Abendtyp als Morgentyp

H4: Schichtarbeit: □ Ja, aktuell □ früher, in den letzten 7 Jahren □ Nein, nie

Bitte beantworten Sie alle Fragen so, wie es <u>in den letzten 3 Monaten</u> typisch für Sie war!

	NIE oder SELTEN	1-3 MAL PRO MONAT	1-2 MAL PRO WOCHE	3-5 MAL PRO WOCHE	> 5 MAL PRO WOCHE
1. Ich schnarche					
2. Ich nicke tagsüber unbeabsichtigt ein (z.B. beim Arbeiten, Lesen, Auto fahren)					
3. Ich fühle mich tagsüber müde, erschöpft oder energielos					
4. Ich habe Probleme einzuschlafen oder liege nachts 30 Minuten oder länger wach					
5. Ich nehme Mittel, um besser schlafen zu können					
6. Ich mache tagsüber Mittagsschlaf/Nickerchen					
7. Meine Bettgehzeit oder Aufstehzeit unterscheidet sich von einem Tag auf den anderen um mehr als zwei Stunden					
8. Wenn ich mich abends entspanne oder nachts schlafen will, habe ich ein unangenehmes, unruhiges Gefühl in den Beinen, das sich durch Bewegung oder Herumgehen bessert					
9. Mir wurde gesagt, dass ich im Schlaf gehe, rede, esse, mich seltsam oder gewalttätig verhalte					
10. Ich habe Alpträume					
11. Meine Tagesaktivitäten werden durch Schlafprobleme beeinträchtigt					

Geschlecht: □ M □ F □ div

Alter:_____

Halsumfang:_____ cm

Grösse: _____ cm

Gewicht: _____ kg → BMI =_____

Bluthochdruck: □ Ja □ Nein

Rauchen: □ Ja, > 5 Zigaretten am Tag □ Nein □ gelegentlich

Alkohol: □ täglich, ____ Getränke □ mehrmals die Woche □ selten/nie

Intern durch Fachperson auszufüllen

NoSAS Score	Pt	Apnea Score
♂	2	
Alter>55	4	
Halsumfang: >40cm	4	
BMI 25-30 // >30	3//5	
Schnarchen=2	2	
Total	>8	

cm/Kg	155	160	165	170	175	180	185	190	195
>25 BMI =>	60	65	70	75	80	85	90	95	95
>30 BMI =>	75	80	85	90	95	100	105	110	115

SLEEP HEALTH SCORE	1pt/item
Dauer: H1 = 6-8h	
Morgentyp: H3 = Morgentyp	
Schnarchen: ① ≤1	
Tagesschläfrigkeit: ② ≤1	
Insomnie: ④&⑤ ≤1	
Regelmässigkeit/Schichtarbeit: ⑦ ≤1 & H4 = no	
Schlafstörung: ⑧&⑨&⑩ ≤1	
Zufriedenheit: ⑪ ≤1	
Total	