

## FRAGEBOGEN SCHLAFGESUNDHEIT

Datum:	Ausgefüllt von: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Arzt/Pflege			Patienten ID:					
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum: ____/____/____							
H1: Wieviel Schlaf bekommen Sie typischerweise pro Nacht? ____ Std (z.B. 7.5 Std)	0	1	2	3	4				
H2: Wie lange liegen Sie typischerweise im Bett pro Nacht? ____ Std (z.B. 8.5 Std)									
H3: Ich empfinde mich als: <input type="checkbox"/> eindeutig Morgentyp <input type="checkbox"/> eher Morgentyp als Abendtyp <input type="checkbox"/> eindeutig Abendtyp <input type="checkbox"/> eher Abendtyp als Morgentyp	NIE oder SELTEN	1-3 MAL PRO MONAT	1-2 MAL PRO WOCHE	3-5 MAL PRO WOCHE	> 5 MAL PRO WOCHE				
H4: Schichtarbeit: <input type="checkbox"/> Ja, aktuell <input type="checkbox"/> früher, in den letzten 7 Jahren <input type="checkbox"/> Nein									
H5: Ich haben den Eindruck an einer Schlafkrankung zu leiden? <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ (ungefähres Datum) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unsicher									
<b>Bitte beantworten Sie alle Fragen so, wie es in den letzten 3 Monaten typisch für Sie war!</b>									
1. Ich schnarche									
2. Mir wurde gesagt, dass ich im Schlaf aufhöre zu atmen									
3. Ich wache auf und ringe oder schnappe nach Luft									
4. Ich nicke tagsüber unbeabsichtigt ein (z.B. beim Arbeiten, Lesen, Auto fahren)									
5. Ich fühle mich tagsüber müde, erschöpft oder energielos									
6. Ich brauche 30 Minuten oder länger, um einzuschlafen									
7. In der Nacht liege ich 30 Minuten oder länger wach									
8. Ich wache 30 Minuten oder früher auf als ich muss und kann nicht wieder einschlafen									
9. Ich nehme Mittel, um besser schlafen zu können									
10. Ich mache tagsüber Mittagsschlaf/Nickerchen									
11. Meine Bettgezeit oder Aufstehzeit unterscheidet sich von einem Tag auf den anderen um mehr als zwei Stunden									
12. Meine Arbeit oder andere Aktivitäten hindern mich daran, ausreichend Schlaf zu bekommen									
13. Mir wurde gesagt, dass ich im Schlaf gehe, rede, mich seltsam oder gewalttätig verhalte									
14. Ich erwache plötzlich ohne Grund und fühle mich erschreckt und ängstlich									
15. Ich habe Alpträume									
16. Ich esse direkt vor dem Einschlafen oder während der Nacht									
17. Wenn ich mich freue, lache, wütend oder verängstigt bin, verspüre ich eine plötzliche Muskelschwäche									
18. 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									
19. Ich knirsche im Schlaf mit den Zähnen oder presse den Kiefer zusammen									
20. Ich wache nachts häufig ohne Grund auf									
21. Ich bin mit meiner Schlafqualität unzufrieden									
22. Meine Tagesaktivitäten werden durch Schlafprobleme beeinträchtigt									
23. Ich habe wenig Interesse oder Freude an meinen Tätigkeiten									
24. Ich empfinde Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit									
25. Ich empfinde Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung									
26. Ich bin nicht in der Lage Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren									



Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> div Alter: _____ Halsumfang / Kragenweite: _____ cm Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg => BMI: <input type="checkbox"/> <25 <input type="checkbox"/> 25-30 <input type="checkbox"/> >30 Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt Rauchen: <input type="checkbox"/> Täglich (mehr als 10 Zigaretten) <input type="checkbox"/> Täglich (weniger als 10 Zigaretten) <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Früher (ex-Raucher:in) <input type="checkbox"/> Nein Alkohol: <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> 3-6x pro Woche <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche <input type="checkbox"/> Selten/nie <input type="checkbox"/> früher, heute trocken Anzahl pro Tag: _____ Bier _____ Wein _____ Spirituosen _____ Sonstiges => Gesamt _____ Koffein (Kaffee, koffeinhaltiger Tee, Cola Energiedrink), Anzahl Tassen: <input type="checkbox"/> Morgens (vor 14 Uhr) _____ <input type="checkbox"/> Nachmittags (14-18 Uhr) _____ <input type="checkbox"/> Abends (nach 18 Uhr) _____ Regelmässige Schmerzen (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Muskelschmerzen...): <input type="checkbox"/> Morgens _____ <input type="checkbox"/> Abends _____ <input type="checkbox"/> Keine Allergien: <input type="checkbox"/> Gräser / Pollen _____ <input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> Tierhaare _____ <input type="checkbox"/> Nahrung _____ <input type="checkbox"/> Keine/unbekannt Störung des Schlafs durch Partner/Familienmitglieder / äussere Einflüsse: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Schnarchen <input type="checkbox"/> geweckt werden <input type="checkbox"/> Lärm <input type="checkbox"/> unterschiedliche Schlafenszeiten <input type="checkbox"/> andere _____ Was ist ihr Hauptproblem? Weswegen kommen Sie in die Schlafsprechstunde? _____ Werden Sie bereits bezüglich ihrer Schlafprobleme behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> In der Vergangenheit	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td><b>an Arbeitstagen</b></td> <td><b>an freien Tagen / Wochenende</b></td> </tr> <tr> <td><b>Bettgezeit</b></td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td><b>Aufstehzeit</b></td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> </table>		<b>an Arbeitstagen</b>	<b>an freien Tagen / Wochenende</b>	<b>Bettgezeit</b>	Uhr	Uhr	<b>Aufstehzeit</b>	Uhr	Uhr
	<b>an Arbeitstagen</b>	<b>an freien Tagen / Wochenende</b>								
<b>Bettgezeit</b>	Uhr	Uhr								
<b>Aufstehzeit</b>	Uhr	Uhr								

- Schlafapnoe Behandlung (z.B. CPAP Maske):  Ja  Nein
- Medikamente folgende: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

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

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

### INTERN AUSZUFÜLLEN

Adaptierter PHQ2		
	Pt	Score
Frage 23	0-4	
Frage 24	0-4	
<b>Total</b>	<b>≥5</b>	

Adaptierter GAD2		
	Pt	Score
Frage 25	0-4	
Frage 26	0-4	
<b>Total</b>	<b>≥5</b>	

SLEEP HEALTH SCORE		1pt/item
Dauer: H1 = 6-8h		
Morgentyp: H3 = Morgentyp		
Schnarchen: ① ≤1		
Tagesschläfrigkeit: ④ ≤1		
Insomnie: ⑥ – ⑨ ≤1		
Regelmässigkeit/Schichtarbeit: ⑩ ≤1 & H4 = no		
Schlafstörung: ⑬ & ⑮ & ⑰ = 0		
Zufriedenheit: ⑱ ≤1		
<b>Total</b>		

