

## 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: <input type="checkbox"/> eindeutig Morgentyp <input type="checkbox"/> eher Morgentyp als Abendtyp <input type="checkbox"/> eindeutig Abendtyp <input type="checkbox"/> eher Abendtyp als Morgentyp H4: Schichtarbeit: <input type="checkbox"/> Ja, aktuell <input type="checkbox"/> früher, in den letzten 7 Jahren <input type="checkbox"/> Nein, nie			NIE oder SELTEN	1-3 MAL PRO MONAT	1-2 MAL PRO WOCHE	3-5 MAL PRO WOCHE	> 5 MAL PRO WOCHE
<b>Bitte beantworten Sie alle Fragen so, wie es <u>in den letzten 3 Monaten</u> typisch für Sie war!</b>							
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 Bettgezeit 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> div Alter: _____ Halsumfang: _____ cm Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg    → BMI = _____ Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rauchen: <input type="checkbox"/> Ja, > 5 Zigaretten am Tag <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich Alkohol: <input type="checkbox"/> täglich, _____ Getränke <input type="checkbox"/> mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> selten/nie	Intern durch Fachperson auszufüllen	<b>NoSAS Score</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pt</th> <th>Apnea Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>♂</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alter&gt;55</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Halsumfang: &gt;40cm</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BMI 25-30 // &gt;30</td> <td>3//5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Schnarchen=2</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>&gt;8</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td>cm/Kg</td> <td>155</td><td>160</td><td>165</td><td>170</td><td>175</td><td>180</td><td>185</td><td>190</td><td>195</td> </tr> <tr> <td>&gt;25 BMI =&gt;</td> <td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>95</td> </tr> <tr> <td>&gt;30 BMI =&gt;</td> <td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td><td>105</td><td>110</td><td>115</td> </tr> </table>		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	<b>SLEEP HEALTH SCORE</b> 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: ③&⑥&⑧ ≤1 Zufriedenheit: ⑩ ≤1 <b>Total</b>
	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																																													
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 150px;"></td> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> </tr> </table>																																																						