



Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> div	<b>an Arbeitstagen</b>	<b>an freien Tagen / Wochenende</b>
Alter: _____	<b>Bettgehzeit</b>	Uhr
Halsumfang / Kragenweite: _____ cm	<b>Aufstehzeit</b>	Uhr
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		Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlafapnoe Behandlung (z.B. CPAP Maske): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Medikamente folgende: _____</li> <li>• Anderes: _____</li> </ul>		

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>	

  

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 - ⑧ ≤1		
Regelmässigkeit/Schichtarbeit: ⑦ ≤1 & H4 = no		
Schlafstörung: ⑬ & ⑮ & ⑰ = 0		
Zufriedenheit: ⑳ ≤1		
<b>Total</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