

# Schlafberatungs-Fragebogen

Vor- und Zuname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Körpergröße:

Gewicht:

Familienstand:

Beruf:

Im Folgenden finden Sie Fragen zu Ihrem Schlaf und zu anderen Bereichen Ihres Lebens. Ich bitte Sie alle Fragen gründlich zu beantworten, auch wenn diese Ihnen eigenartig oder überflüssig erscheinen. Beantworten Sie die Fragen so, wie es Ihnen in den Sinn kommt, ohne lange darüber zu grübeln.

Es gibt keine richtigen und falschen Antworten und dient dazu, dass ich Sie besser einschätzen kann und wir gemeinsam bessere Ziele erreichen können.

Einverständniserklärung:

Ich nehme freiwillig an der Befragung teil. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten streng vertraulich nach den aktuellen Datenschutzverordnungen verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen abends zu Bett gegangen?	übliche Uhrzeit:
2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie eingeschlafen sind?	ca. in Minuten:
3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?	übliche Uhrzeit:
4. Wie viele Stunden haben Sie nachts in den letzten vier Wochen ungefähr geschlafen?	Effektive Schlafenszeit in Stunden pro Nacht:

<p>5. Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen schlecht geschlafen,...</p> <p>a) weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?</p> <p>b) weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?</p> <p>c) weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?</p> <p>d) weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?</p> <p>e) weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?</p> <p>f) weil Ihnen zu kalt oder zu warm war?</p> <p>g) weil Sie schlecht geträumt hatten?</p> <p>h) weil Sie Schmerzen hatten?</p> <p>i) aus anderen Gründen? Bitte beschreiben:</p>	<p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>In den letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> ein bis zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?</p>	<p>Sehr gut <input type="checkbox"/> Ziemlich gut <input type="checkbox"/> Ziemlich schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen Schlafmittel genommen (vom Arzt verschrieben oder frei verkäufliche)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Während der letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche</p>

8. Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?	<input type="checkbox"/> Während der letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
9. Hatten Sie in den letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Energie die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/> keine Probleme <input type="checkbox"/> kaum Probleme <input type="checkbox"/> etwas Probleme <input type="checkbox"/> große Probleme
10. Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Falls Sie einen Mitbewohner(in) / Partner(in) haben, hat er/sie folgendes bei Ihnen bemerkt?</p> <p>a) Lautes Schnarchen</p> <p>b) Lange Atempausen während des Schlafes</p> <p>c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes</p> <p>d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung</p> <p>e) Andere Form von Unruhe während des Schlafes</p>	<p><input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> selten  <input type="checkbox"/> häufiger</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> selten  <input type="checkbox"/> häufiger</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> selten  <input type="checkbox"/> häufiger</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> selten  <input type="checkbox"/> häufiger</p> <p>Bitte beschreiben:</p>
11. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in der folgenden Situation einnicken oder einschlafen würden?	<p>0 = würde niemals einnicken  1 = geringe Wahrscheinlichkeit  2 = mittlere Wahrscheinlichkeit  3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken</p> <p>Wahrscheinlichkeit einzunicken:  (bitte ankreuzen)</p>
Im Sitzen lesend	0    1    2    3
Beim Fernsehen	0    1    2    3
Passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. Theater oder Vortrag)	0    1    2    3
Als Beifahrer bei einer einstündigen Autofahrt ohne Pause	0    1    2    3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	0    1    2    3

Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3
12. Können Sie sich auf Ihre Arbeit konzentrieren?	Fast immer <input type="checkbox"/> fast nie <input type="checkbox"/> unterschiedlich <input type="checkbox"/>			
13. Machen Ihnen Ihre alltäglichen Arbeiten Spaß?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bedingt <input type="checkbox"/>			
14. Fühlen Sie sich insgesamt glücklich?	Fast immer <input type="checkbox"/> fast nie <input type="checkbox"/> unterschiedlich <input type="checkbox"/>			
15. Machen Sie sich Sorgen über das Leben?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>			
16. Machen Sie sich Sorgen über Ihren Schlaf?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>			
17. Fühlen Sie sich belastet, gestresst?	Fast immer <input type="checkbox"/> fast nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>			
18. Haben Sie kaum Appetit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>			
19. Können Sie sich zu nichts aufraffen?	Fast immer <input type="checkbox"/> fast nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>			
20. Können Sie oft wegen Sorgen nicht einschlafen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>			
Medizinische Vorgeschichte:				
Sind Sie jemals vom Arzt behandelt worden wegen:				
A Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
B Asthma, Bronchitis, Emphysem oder ähnliches	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
C Herzerkrankung (Angina, Herzklopfen oder ähnliches)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
D Herzanfall, Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
E Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
F Schilddrüsenprobleme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

Gibt es sonstige körperliche Erkrankungen, Befunde, regelmäßige Medikamenteneinnahme?

Bitte beschreiben:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit 🙏