



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Der Fragebogen wird im Anschluss digital in Ihre Patientenakte eingefügt.

Wann gehen Sie gewöhnlich abends ins Bett? \_\_\_\_\_ Uhr Bettgehzeit

Wann stehen Sie gewöhnlich morgens auf? \_\_\_\_\_ Uhr Aufstehzeit

Wie lange dauert es gewöhnlich bis Sie einschlafen? \_\_\_\_\_ min

Wachen Sie nachts auf?  Nein, in der Regel nicht  
 Ja, ca. \_\_\_\_\_ mal, wegen  
 Toilettengang  
 Atemnot nachts  
 Schmerzen nachts  
 Andere Gründe: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Schlaf erholsam, fühlen Sie sich morgens ausgeruht?  Nein, meistens nicht  
 Ja, in der Regel schon.

Schlafen Sie alleine im Zimmer?  Nein, Partner/Partnerin schläft mit im Zimmer  
 Ja, ich schlafe alleine im Zimmer

Beobachten Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin folgendes?  Schnarchen  
 Atempausen im Schlaf  
 Zuckungen von Armen oder Beinen im Schlaf  
 das Bett ist morgens stark zerwühlt

Halten Sie Mittagsschlaf?  Nein  Ja, ca. \_\_\_\_\_ min

Wie häufig nehmen Sie Schlafmittel ein (verordnete oder frei verkäufliche)?  Gar nicht in den letzten 4 Wochen  
 Weniger als 1 x pro Woche  
 1 bis 2 mal pro Woche  
 3 oder mehrmals pro Woche

Ist Ihre Nasenatmung manchmal oder immer behindert?  Nein  
 Ja  phasenweise im Jahr  ganzjährig  
 am Tag  in der Nacht

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Operation...  ...an den Rachenmandeln („Polypen“)  
 ...an den Gaumenmandeln („Mandeln“)  
 ...an der Nase oder den Nasennebenhöhlen  
 ...im Kopf-Hals-Bereich



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den vergangenen vier Wochen Alkohol getrunken?

- Nein, gar nicht in den vergangenen vier Wochen  
 weniger als 1 x pro Woche  
 1 bis 2 mal pro Woche  
 3 oder mehrmals pro Woche

Wann am Tag:

- Mittag    Abend    vor dem Schlafengehen

Haben Sie manchmal einen Bewegungsdrang oder unangenehme Beschwerden der Beine?

- Nein    Ja

Verschlechtern sich die Symptome in Ruhe?

- Nein    Ja

Bessern sich die Symptome durch Umherlaufen?

- Nein    Ja

Sind die Symptome abends oder nachts schlimmer als am Tag?

- Nein    Ja

## Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, sich also nicht nur müde fühlen?**

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit, einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit, einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit, einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit, einzunicken			
Im Sitzen lesend	①	②	③	④
Beim Fernsehen	①	②	③	④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag)	①	②	③	④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	①	②	③	④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um auszuruhen	①	②	③	④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	①	②	③	④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	①	②	③	④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	①	②	③	④