

Patientenname:----- Datum: -----

Frage an den Patienten**Ja****Nein**

1. Treten tagsüber häufige Phasen unüberwindbarer

Schläfrigkeit

auf, für die Sie keine Erklärung haben?

2. Schlafen Sie tagsüber oft kurz ein, ohne dass Sie dagegen

Ankämpfen können?

3. Wie häufig treten diese Schlafattacken an einem Tag auf?

1x

weniger als 5x

häufiger als 5x

4. Kann es passieren, dass bei Freude, Ärger oder

Überraschung

 Ihre Gesichtsmuskeln erschlaffen? Ihre Knie weich werden? Sie in sich zusammensinken?

5. Tritt eine Bewegungsunfähigkeit auf

 Beim Einschlafen? Beim Aufwachen?

6. Wachen Sie nachts häufig auf und liegen wach?

7.

8. Haben Sie schon oft fehlerhafte und unwillkürliche Handlungen

im Halbschlaf ausgeführt?

8. Leiden Sie, z. B. beim Einschlafen, unter lebhaften und

wirklichkeitsnahen Träumen oder Alpträumen?

9. Führt die starke Ermüdung am Tag zu Aufmerksamkeits- und

Gedächtnisstörungen (z. B. im Straßenverkehr, bei der

Ausführung von Tätigkeiten)?

10. Haben Sie schon versucht, mit Medikamenten etwas gegen

Die Schlafattacken zu unternehmen?

Wenn ja, welche Medikamente?

WHO-5- Fragebogen zum Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben

In den letzten 2 Wochen	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
...Habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

EPWORTH SCHLÄFRICHKEITSSKALA (ESS)

Testdatum: _____

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen, sich also nicht nur müde fühlen? Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige der Situationen in der letzten Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten.

Benutzen Sie die folgende Skala, um die am besten passende Zahl für jede Situation auszuwählen.

- 0 = würde *niemals* einnicken
- 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit des Einnickens
Im Sitzen lesen	_____
Fernsehen	_____
Ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Theater oder Versammlung)	_____
Als Mitfahrer in einem Auto, während einer Stunde Fahrt ohne Unterbrechung	_____
Sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben	_____
Mit jemandem zusammensitzen und sich unterhalten	_____
Ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	_____
In einem Auto, während man für wenige Minuten im Verkehr anhält	_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

3.21.1.	Schlafapnoe – Fragebogen	Dr Hanno Mildner Dr.-Hugo-Oster-Platz 1 53879 Euskirchen
---------	--------------------------	--

A

1.Seit wann leiden Sie unter Schlafstörungen ?		
2.Leiden Sie unter Einschlafstörungen ?	Ja	Nein
3.Leiden Sie unter Durchschlafstörungen ?	Ja	Nein
4.Wann gehen Sie abends ins Bett ?		
5. Wann ist das morgendliche Erwachen?		
6.Wie lang schätzen Sie ihre eigene Schlafdauer, um erholt zu sein?		
7.Gibt es eine Änderung am Wochenende und im Urlaub?	Ja	Nein
8.Haben Sie oder andere Personen bei Ihnen Schnarchen beobachtet?	Ja	Nein
9. Haben Sie Atemaussetzer beobachtet?	Ja	Nein
10.Schwitzen Sie Nachts verstärkt	Ja	Nein
11.Haben Sie an 2 Tagen oder mehr in der Woche exzessive Schläfrigkeit?	Ja	Nein
12.Haben Sie an 2 Tagen oder mehr in der Woche unerfrishtes Aufwachen?	Ja	Nein
13.Haben Sie mehrfach in die Woche unkontrollierte Schläfrigkeit, die zum kurzen Sekundenschlaf neigen lässt?	Ja	Nein
14.Neigen Sie bei monotoner Tätigkeit zu Schläfrigkeit oder Einnicken?	Ja	Nein
15.Leiden Sie unter morgendlicher Mundtrockenheit?	Ja	Nein
16.Haben Sie nachts Erstickungsanfälle oder schnappen Sie gelegentlich nach Luft aus dem Schlaf heraus	Ja	Nein
17.Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?	Ja	Nein
18.Haben Sie nachts häufig eine verstopfte Nase?	Ja	Nein
19.Besteht eine Nasenatmungsbehinderung?	Ja	Nein
20.Haben Sie allergischen Schnupfen?	Ja	Nein
21.Haben Sie Allergien (Hausstaubmilben oder ähnliches?)	Ja	Nein
22.Haben Sie ein Haustier	Ja	Nein
23. Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeit (z.B. Rotwein,Sauerkraut,geräucherten Fisch,Wurstwaren etc?)	Ja	Nein

B

1.Fühlen Sie sich in Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt? (sozial oder beruflich)?	Ja	Nein
2.Machen Sie Sport	Ja	Nein
3.Fühlen Sie sich in Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit den Aufgaben gewachsen?	Ja	Nein
4.Erleben Sie die verminderte Leistungsfähigkeit und Müdigkeit in Stresssituationen verstärkt?	Ja	Nein
5.Gibt es tageszeitliche Abhängigkeiten oder eher nicht?	Ja	Nein
6.Haben Sie Probleme tagsüber wach zu bleiben, obwohl Sie nachts ausreichend geschlafen haben?	Ja	Nein
7.Sind Sie am Arbeitsplatz oder beim Autofahren schon einmal ungewollt eingeschlafen?	Ja	Nein
8.Ist bei Ihnen schon einmal eine Depression vermutet worden?	Ja	Nein
9.Haben Sie schon mal Vorbehandlungen oder Voruntersuchungen stattgefunden beim Neurologen ? Psychiater ? Schlafmediziner ? Schlafflabor?	Ja Ja Ja Ja	Nein Nein Nein Nein

3.21.1.	Schlafapnoe- Fragebogen	Dr. Hanno Mildner Dr.-Hugo-Oster-Platz 1 53879 Euskirchen
---------	-------------------------	---

C

Beobachten Sie nächtliche Muskelzuckung oder Missempfindung in der Wade?	Ja	Nein
Müssen Sie nachts aufstehen und herumlaufen?	Ja	Nein
Haben Sie einen Bewegungsdrang in den Beinen, evtl. mit Beschwerden wie Ziehen, Reißen, Kribbeln, Schmerzen, gefühlter Muskelkater?	Ja	Nein
Haben Sie eine Neigung umherzugehen und aufzustehen, die Beine anzuziehen, auszustrecken oder zu massieren, um die Missempfindung zu erleichtern?	Ja	Nein
Die Beschwerden verschlechtern sich oder treten nur in Ruhe auf	Ja	Nein
Die Beschwerden treten vornehmlich am Abend und in der Nacht auf	Ja	Nein
Beinbewegungen oder Beinzuckung beobachtet?	Ja	Nein
Leiden Sie unter unruhigen Beinen (Restless-Leg-Syndrom)?	Ja	Nein

Fragebogen für Schweregrad des RLS

- 1. Als wie stark würden Sie das Unbehagen des RLS in den Beiden oder den Armen bezeichnen?**

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein
- 2. Wie groß ist Ihr Bedürfnis, sich zu bewegen wegen der unruhigen Beine?**

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein
- 3. Wie stark bessert sich das Unbehagen Ihrer Beine oder Arme, wenn Sie umhergehen?**

(4) keine Besserung (3) leichte Besserung (2) mittlere Besserung
 (1) vollständige oder fast vollständige Besserung (0) kein RLS, Frage nicht relevant
- 4. Wie stark ist Ihr Schlaf durch unruhige Beine gestört**

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein
- 5. Wie stark ist Ihre Müdigkeit oder Schläfrigkeit wegen des RLS?**

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein
- 6. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes?**

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein
- 7. Wie oft haben Sie die RLS Symptome?**

(4) 6-7 Tage/Woche (3) 4-5 Tage/Woche (2) 2-3 Tage
 (1) 1 Tag pro Woche (0) nie
- 8. Wenn Sie RLS Symptome haben, wie lange dauern diese Symptome an einem durchschnittlichen Tag?**

(4) 8 Std/ Tag oder mehr (3) 3.8 Std/ Tag (2) 1-3 Std/Tag
 (1) weniger als 1 Std/Tag (0) gar nicht
- 9. Wie groß sind die Auswirkungen der unruhigen Beine auf die Verrichtung der tgl Arbeiten in Familie, Haushalt, Schule, Beruf?**

(4) sehr groß (3) groß (2) mittel (1) schwach (0) kein
- 10. Wie stark beeinflussen die unruhigen Beine Ihre Stimmungslage (z.B. wütend, depressiv, traurig, ängstlich, empfindlich) ?**

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein