

<b>St. Elisabeth-Krankenhaus</b> <b>Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH</b> <b>Aachen</b> Martin-Heyden-Straße 32 52511 Geilenkirchen	 <b>St. Elisabeth-Krankenhaus</b> Geilenkirchen
Geltungsbereich: Schlaflabor	Revisionsstand: 0

## Anamnesebogen: Erstvorstellung Schlaflabor

Sehr verehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten!

*Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung der folgenden Fragen. Der Zeitraum der meisten Fragen bezieht sich auf die letzten 4 Wochen. Durch vollständiges Beantworten des Bogens erleichtern Sie uns das Erstgespräch und es bleibt somit mehr Zeit für die Beantwortung Ihrer offenen Fragen oder für Erklärungen der weiteren Diagnostik oder Therapie. Sollten Sie mit dem Platz nicht auskommen benutzen Sie zusätzlich die letzte Seite:*

*Wir bedanken uns für Ihre Mühen. Ihr Schlaflaborteam*

Vollständiger Name			
Geburtsdatum		Familienstand	
Adresse			
Telefonnummer		Handynummer	
Beruf: Schichtarbeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
welches Schichtmodell (2-Schicht, 3-Schicht etc.)		Schichtwechsel? Unregelmäßig, wöchentlich, Vollkonti?	
Größe		Gewicht	
Hausarzt			
Weitere Ärzte Fachrichtung?			

Bitte beschreiben Sie kurz die Probleme, die Sie zur schlafmedizinischen Untersuchung veranlasst haben:

Kommen Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Krebserkrankungen in Ihrer Familie bei Ihren direkten Blutsverwandten vor? Wer war betroffen? (z.B. Großvater Herzinfarkt, etc.)



<b>SBAS Fragen: Bitte ankreuzen</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>oft</b>	<b>sehr oft</b>
Schnarchen Sie oder behaupten das Andere von Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Atemaussetzer im Schlaf beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie unruhig oder ist Ihr Bett morgens zerwühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie nachts stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie nachts Schwierigkeiten durch die Nase zu Atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter nächtlicher Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter nächtlichem saurem Aufstoßen / Reflux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen/-druck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens nach dem Schlaf schlapp / müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft Morgenhygiene (Waschen/Duschen) gegen die Müdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessern Frühstück / Morgengetränke die Müdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie tagsüber oft schläfrig? Nicken Sie tagsüber oft ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte ankreuzen:** Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einschlafen oder einnicken? Anmerkung: 0 = würde nie passieren, 1 = niedrige Wahrscheinlichkeit, 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit; 3 = sehr hohe Wahrscheinlichkeit

<b>Epworth sleepiness scale (ESS):</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Sitzen und Lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (Theater, Versammlung, Arzt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitfahrer im Auto / Bus während einer Stunde Fahrt ohne Unterbrechung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich nachmittags hinlegen wenn die Umstände es erlauben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während eines Gespräches einer Unterhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Auto, dass für einige Minuten im Verkehr anhält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Bettzeiten:</b>	<b>In der Woche:</b>	<b>Am Wochenende:</b>	
Wann gehen Sie zu Bett?			
Wann stehen Sie auf?			
Wie viele Stunden verbringen Sie im Bett?			
Wie viele Stunden schlafen Sie davon?			
Wie lange benötigen Sie zum Einschlafen?			
Wie oft werden Sie nachts wach?			
Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen?			
Wie lange dauert das Wiedereinzuschlafen?			
<b>Falls Schichtarbeit:</b>	<b>Frühschicht:</b>	<b>Spätschicht:</b>	<b>Nachtschicht:</b>
Wann zu Bett?			
Wann Aufstehen?			

<b>Insomnie Fragen: Bitte Ankreuzen</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>oft</b>	<b>sehr oft</b>
Liegen Sie nachts wach und Grübeln über persönliche Sorgen und Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchten Sie nachts nicht einschlafen zu können oder haben Sie Sorgen nachts nicht einschlafen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es vor dass Sie abends sehr müde sind, ins Bett gehen und plötzlich wieder hell wach sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten Sie Mittagsschlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange dauert Ihr Mittagsschlaf?				
<b>Narkolepsie Fragen: Bitte Ankreuzen</b>			<b>ja</b>	<b>nein</b>
Nicken Sie häufig gegen Ihren Willen ein, obwohl Sie in der Nacht zuvor ausreichend lang geschlafen haben?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es, dass Sie, vor allem bei starken Gefühlsregungen die Kontrolle der Muskulatur verlieren (Arm fällt herab, Kollaps), dabei bleibt Ihr Bewusstsein meistenten aber erhalten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie nachts auf und können sich vollständig nicht mehr bewegen, s.g. Schlafähmung?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an optischen oder akustischen Halluzinationen beim Aufwachen oder beim Einschlafen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen am Stück unter folgenden Symptomen/Gefühlen?**

<b>Depressionsscreening (Mod. Nach PHQ-9): Bitte ankreuzen</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>häufig</b>	<b>immer</b>
Gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessenlosigkeit bei Ereignissen, die Sie sonst angenehm fanden; Fehlende Freude an Dingen die Ihnen sonst Spaß gemacht haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten Ein- oder Durchzuschlafen oder übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit, Schwung- und Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit oder im Gegenteil übermäßiges Essbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägheit mit auffallend langsamen Bewegungen oder im Gegenteil, Ruhelosigkeit, Bewegungsdrang, „zappelig sein“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Restless legs / Parasomnie Fragen:</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>häufig</b>	<b>immer</b>
Verspüren Sie unangenehme Missempfindungen (Kribbeln, Ziehen, Ameisenlaufen) in den Beinen oder Armen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie durch solche Missempfindungen einen vermehrten Drang oder sogar Zwang die Arme oder Beine zu bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen diese Beschwerden überwiegen in Ruhe, abends oder nachts vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessern sich die Beschwerden durch Bewegen der Extremitäten oder Massieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter starken Alpträumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafwandeln Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlagen Sie nachts um sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwirrung / Desorientierung nach dem Aufwachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Allgemeine Fragen: Bitte ankreuzen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Leiden Sie an starker Luftnot in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schränkt Luftnot Ihre Belastbarkeit ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Beine abends geschwollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Herzstolpern, Herzrasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kollapszuständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Stuhlgang in letzter Zeit verändert (wenn ja, wie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

War das Wasserlassen in letzter Zeit verändert (wenn ja, wie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie in den letzten 6 Monaten viel Gewicht verloren ohne dass sich Ihr Essverhalten geändert hat (bitte Gewichtverlust und Zeitraum benennen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

<b>Rauchen Sie?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie in Ihrem Leben noch nie geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wieviel haben Sie geraucht/rauchen Sie?	Anzahl / Tag	Wie viele Jahre haben Sie geraucht?	Wann haben Sie aufgehört zu rauchen?
Zigaretten			
Pfeife/Zigarre			
E-Zigarette			
Andere Rauschmittel?			

<b>Alkohol / Koffein?</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>häufig</b>	<b>tägl.</b>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel und welchen Alkohol trinken Sie?				
Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie / Tag?				
Wie viele Tassen Tee mit Koffein / Tag?				
Wie viele Gläser Cola trinken Sie / Tag?				
Wie viele Energydrinks trinken Sie / Tag?				



**Welche Vorerkrankungen / Krankheiten / Operation sind bei Ihnen bekannt?**

z.B. Bluthochdruck, künstliches Knie 2017, etc.

**Sind Allergien bei Ihnen bekannt; wenn ja wo gegen sind Sie allergisch?**

**Sind Medikamentenunverträglichkeiten bei Ihnen bekannt; wenn ja wo gegen?**

**Welche & wie viele Medikamente nehmen Sie ein?**

morgens

mittags

abends

nachts

bei  
Bedarf

Zum Beispiel: Ibuprofen 400 mg

1

0

1

0

2



**Raum für Ihre weiteren Anmerkungen:**

**Zusammenfassung für den internen Gebrauch oder Kurzreport extern: - Bitte frei lassen -**

Verdachtsdiagnosen nach Gruppen:	ja	nein
Hinweise auf schlafbezogene Atmungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form (obstruktive Schlafapnoe, CS-Atmung etc.)		
AHI, min SaO2		
Hinweis auf andere Hypersomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf Narkolepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf Restless legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf andere Parasomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weiteres Vorgehen:**

Procedere:	ja	nein
Ambulante Befundbesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin bereits vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erneute Polygraphie oder ambulante polygraphische Verlaufskontrolle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin bereits vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polysomnographie im Schlaflabor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin bereits vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Telefonnummer für Termine: 02451-622-382; Telefonnummer nur für Ärzte 02451-622-5382**