

Marburger Interdisziplinärer Schlafmedizinischer Fragebogen

Zutreffendes auf Vorder- und Rückseite sorgfältig ausfüllen bzw. ankreuzen; wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte einen zusätzlichen Bogen bei.

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Heutiges Datum:

Postleitzahl: Wohnort:

Straße: Telefon:

E-Mail: Körpergröße: cm Gewicht: kg

aktuell ausgeübter Beruf:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Falls zutreffend: Bitte geben Sie Ihren Pflegegrad an:
1 2 3 4 5

Schildern Sie bitte kurz Ihre Hauptbeschwerden bzw. den vordringlichsten Grund für die Vorstellung bei uns:

Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Gründe Ihrer Beschwerden?

Haben Sie bisher andere Ärzte oder Kliniken wegen Nein
dieser Beschwerden aufgesucht? Ja, und zwar:

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte geben Sie für jeden Bereich auf der Skala einen Wert an:

Wenn Sie ganz und gar **unzufrieden** sind, den Wert **0**,
wenn Sie ganz und gar **zufrieden** sind, den Wert **10**,
wenn Sie **teils zufrieden / teils unzufrieden** sind, einen Wert dazwischen.

Wie zufrieden sind Sie	ganz und gar unzufrieden					ganz und gar zufrieden					
- mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- mit Ihrer Wachheit am Tage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. Schnarchen Sie? Nein → weiter bei Frage 4
 Ja, seit Jahren
2. Kommt es vor, dass Sie laut und unregelmäßig schnarchen? Nein
 Ja, seit Jahren
3. Verschlechtert sich das Schnarchen in Rückenlage? Nein
 Ja
4. Sind bei Ihnen Atemstillstände während des Schlafes bemerkt worden? Nein
 Ja, seit Jahren
5. Falls bekannt: Haben Sie Bluthochdruck (Hypertonie)? Nein
 Ja
6. Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck (Hypertonie)? Nein
 Ja
7. Haben Sie abends oder nachts unruhige Beine? Eher nein
 Eher ja
8. Neigen Sie dazu, gegen Ihren Willen tagsüber einzuschlafen (z.B. bei Besuchen, im Kino oder während Mahlzeiten)? Nein
 Ja, seit Jahren
- Für Führerscheininhaber, sonst weiter bei Frage 12:
9. Haben Sie Mühe, beim Autofahren wach zu bleiben? Nein
 Ja
10. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren Verkehrsunfälle, bei denen Ihre Einschlafneigung eine Rolle spielte? Nein
 Ja, Anzahl:
11. Fahren Sie beruflich bedingt längere Strecken? Nein
 Ja
12. Leiden Sie unter Einschlafschwierigkeiten? Nein
 Ja, seit Jahren
13. Nehmen Sie Schlafmittel? Nein
 Ja, seit Jahren

14. Wann gehen Sie gewöhnlich ins Bett? in der Woche: Uhr

am Wochenende: Uhr

15. Wann stehen Sie gewöhnlich auf? in der Woche: Uhr

am Wochenende: Uhr

16. Wie lange brauchen Sie normalerweise um einzuschlafen? min.

17. Werden Sie in der Nacht wach? Nein

wenn ja, mal (Anzahl) für je min. (Dauer) Ja

nächtlicher Toilettengang mal (Anzahl)

18. Fällt es Ihnen schwer, dann wieder einzuschlafen? Nein

Ja

19. Werden Sie morgens ohne Wecker wach? Eher nein

Eher ja

20. Glauben Sie, dass Sie normalerweise zu lange schlafen? Nein

Ja

21. Glauben Sie, dass Sie normalerweise zu wenig schlafen? Nein

Ja

22. Arbeiten bzw. arbeiteten Sie im Schichtdienst? Nein

Ja

Wenn ja, vom Jahr bis zum Jahr

Beschreiben Sie bitte Ihren Schichtrythmus:

.....

23. Wie schwierig ist es für Sie am Morgen aufzustehen?

sehr schwierig

sehr einfach

24. Haben Sie morgens Kopfschmerzen? Eher nein

Eher ja

Epworth Schläfrigkeitsskala

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den 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 letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie 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

Es ist wichtig, dass Sie jede Frage so gut Sie können beantworten.

Situation	Wahrscheinlichkeit des Einnickens (bitte mit 0, 1, 2 oder 3 bewerten (s.o.))
im Sitzen lesend	
beim Fernsehen	
ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Theater oder Versammlung)	
als Mitfahrer in einem Auto, während einer einstündigen Fahrt ohne Unterbrechung	
sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben	
wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	
ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	
in einem Auto, während man für wenige Minuten im Verkehr anhält	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Gibt es noch etwas, das Sie uns für Ihre medizinische Betreuung wissen lassen möchten?

.....

.....

.....

**Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Innere Medizin – Pneumologie-
Interdisziplin. Schlafmed. Zentrum
Baldingerstr.
35033 Marburg**