

Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

Patient (Name, Vorname): _____, **geb.:** _____

1 Wer hat Sie zu uns überwiesen? _____

Praxisstempel der Mitgliedspraxis

Beispiel zum Ausfüllen der Skalen

Wenn Sie nur selten schnarchen,
machen Sie den Strich weiter links, z. B.:

_____ / _____
niemals sehr oft

2 Schnarchen Sie? _____
niemals sehr oft
☐ ich weiß nicht

3 Bemerkt der Partner Ihr Schnarchen? _____
niemals sehr häufig
☐ schlafe allein

4 Ist Ihr Schnarchen lageabhängig? ☐ ja, und zwar:
☐ Auf dem Rücken liegend
☐ Auf der Seite liegend ☐ links ☐ rechts
☐ Auf dem Bauch liegend
☐ nein
☐ ich weiß nicht

5 Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs? _____
niemals sehr häufig
☐ ich weiß nicht

6 Bemerkt der Partner die Atemaussetzer? _____
niemals sehr häufig
☐ ich weiß nicht

7 Wachen Sie nachts zwischendurch auf? _____
niemals sehr häufig

8 Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? _____ mal

9 Sind Sie morgens erholt und ausgeschlafen? _____
ja, immer nein, nie

10 Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? _____
ja, immer nein, nie

ESS =

Patient (Name, Vorname): _____, **geb.:** _____

11 Leiden Sie an Konzentrationsmangel? | _____ |
ja, immer nein, nie

12 Haben Sie Bluthochdruck? ☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

13 Sind Sie Diabetiker? ☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht
☐ Typ 1 ☐ Typ 2

14 Leiden Sie an Tinnitus? ☐ ja ☐ nein

15 Ihre Größe und Ihr Gewicht: _____ cm _____ kg **BMI =**

16 Wurde bei Ihnen eine HNO-OP ☐ nein
durchgeführt? ☐ ja, Datum: _____ (MM.JJJJ)

Art der OP: _____

Diese Operation | _____ |
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

17 Wurde bei Ihnen eine CPAP ☐ nein ☐ lehne ich ab
(Maskenbeatmung) durchgeführt? ☐ ja, von _____ bis _____ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)

Diese Therapie | _____ |
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

18 Haben Sie eine Zahnschiene gegen ☐ nein ☐ ja ☐ lehne ich ab
nächtliches Zähneknirschen?

19 Haben Sie eine Zahnschiene gegen ☐ nein ☐ lehne ich ab
Atemaussetzer oder Schnarchen? ☐ ja, von _____ bis _____ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)
(Unterkieferprotrusionsschiene)?

Schienenart: _____

Diese Therapie | _____ |
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

20 Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?

Ergänzungen:

Datum _____ **Unterschrift** _____

Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)

1

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten vier Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

übliche Uhrzeit:

2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten:

3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

übliche Uhrzeit:

4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?
(Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

5. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

- a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

- b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

- c) ... weil Sie aufstehen mußten, um zur Toilette zu gehen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

e) ... weil Sie husten mußten oder laut geschnarcht haben?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

f) ... weil Ihnen zu kalt war?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

g) ... weil Ihnen zu warm war?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

h) ... weil Sie schlecht geträumt hatten?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

i) ... weil Sie Schmerzen hatten?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

j) ... aus anderen Gründen?

Bitte beschreiben:

Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

- ☐ Sehr gut
- ☐ Ziemlich gut
- ☐ Ziemlich schlecht
- ☐ Sehr schlecht

7. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

8. Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

9. Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?

- ☐ Keine Probleme
- ☐ Kaum Probleme
- ☐ Etwas Probleme
- ☐ Große Probleme

10. Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?

- ☐ Ja
- ☐ Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer
- ☐ Nein, der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett
- ☐ Nein, der Partner schläft im selben Bett

Falls Sie einen Mitbewohner / Partner haben, fragen Sie sie/ihn bitte, ob und wie oft er/sie bei Ihnen folgendes bemerkt hat.

a) Lautes Schnarchen

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

b) Lange Atempausen während des Schlafes

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

e) Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes

Bitte beschreiben:

Machen Sie bitte noch folgende Angaben zu Ihrer Person:

Alter: _____ Jahre

Körpergröße:

Gewicht:.....

Geschlecht: ☐ weiblich
☐ männlich

Beruf:
☐ Schüler/Student(in)
☐ Arbeiter(in)

☐ Rentner(in)
☐ selbständig
☐ Angestellte(r)
☐ arbeitslos/ Hausfrau(mann)