

Patientenfragebogen Schlafstörungen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nach zutreffendem Charakter (ankreuzen).

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

A) Behandlungsbedürftige Schlafstörung?

1. Ich habe das Gefühl, dass mein Schlaf nur leicht und oberflächlich ist ja nein
2. Ich brauche im allgemeinen länger als 30 Minuten um einzuschlafen und/oder liege nachts längere Zeit wach ja nein
3. Ich bekomme üblicherweise weniger als 6 Stunden Schlaf ja nein
4. Ich wache nachts häufig auf ja nein
5. Meine Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit ist beeinträchtigt ja nein
6. Ich fühle mich häufig niedergeschlagen oder unausgeglichen/nervös ja nein
7. Tagsüber fühle ich mich schläfrig und müde ja nein
8. Meine Schlafprobleme treten häufiger als 3x/Woche auf ja nein
9. Meine Schlafprobleme bestehen länger als 4 Wochen ja nein

B) Hypersomnie?

10. Obwohl ich ausreichend lange schlafe, habe ich Probleme mich tagsüber wach zu halten ja nein
11. Es kommt vor, dass ich tagsüber ungewollt einschlafe (z.B. beim Lesen, Fernsehen, im Kino) ja nein
12. Ich schnarche laut ja nein
13. Mein Bettpartner/in hat bei mir Atempausen während des Schlafes beobachtet ja nein
14. Ich erwache häufig mit Kopfschmerzen ja nein

C) Restless Legs?

- Ich werde durch Missempfindungen (Kribbeln oder Ziehen verbunden mit Bewegungsdrang) in den Beinen am Schlafen gehindert ja nein

D) Hinweis auf organ. Erkr.?

16. Mein Schlaf wird durch Schmerzen oder andere körperliche Unannehmlichkeiten beeinträchtigt. ja nein
17. Ich leide an einer chronischen Krankheit (z.B. Diabetes) ja nein
18. Meine Schlafstörung ist im zeitlichen Zusammenhang mit einer anderen körperlichen Krankheit aufgetreten, die noch andauert ja nein

E) Psychische Erkrankung?

19. Ich fühle mich häufig depressiv oder ängstlich ja nein
20. Ich war schon einmal in einer psychotherapeutischen Behandlung ja nein
21. Meine Schlafstörung tritt immer dann auf, wenn ich besonderem Stress/Belastungen ausgesetzt bin. ja nein

F) Verselbständigte Schlafstörung?

22. Ich denke schon im Laufe des Tages daran, ob ich in der nächsten Nacht werde schlafen können ja nein
23. Wenn ich nicht schlafen kann, denke ich mit Schrecken daran, wie ich den nächsten Tag schaffen soll ja nein
24. Ich liege oft im Bett und kann einfach nicht abschalten ja nein
25. Ich schlafe auch dann schlecht, wenn es dafür keinen äußeren oder inneren Grund (ungewohnte Umgebung, Streß, Krankheiten) gibt ja nein
26. Ich schlafe auch im Urlaub schlecht ja nein

G) Falscher Rhythmus?

27. Die Zeiten, zu denen ich schlafen oder wach sein soll, stimmen eigentlich nicht mit meiner inneren Uhr überein ja nein

28. Ich habe Probleme zu "normalen" Zeiten einzuschlafen und gleichzeitig Probleme, am Morgen zu "normalen Zeiten" aufzustehen ja nein

29. Ich werde am Abend sehr früh müde, gehe früh zu Bett und habe das Problem, dass ich am Morgen viel zu früh (im Vergleich zu normalen Aufstehzeiten) wach werde ja nein

H) Auffälliges Verhalten im Schlaf?

30. Es kommt vor, dass ich schlafwandle ja nein

31. Mein Bettpartner/in berichtet über Auffälligkeiten im Schlaf wie Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf, Bewegungen oder Ähnliches ja nein

32. Ich habe sehr häufig Alpträume ja nein

33. Man berichtet, dass ich nachts mit einem Schrei wach werde und sehr erregt bin; ich selber kann mich aber an nichts erinnern. ja nein