ARZTPRAXIS SAUER

WWW.DOKTOR-SAUER-BAUTZEN.DE

Anamnesebogen Schlafmedizin

Name: _____

Geburtstag: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Allgemeine Anamnese

Arbeiten Sie im Schichtdienst?	o ja	o nein	_____
Haben Sie eine Pflegestufe?	o ja	o nein	_____
Rauchen Sie?	o ja	o nein	_____
Trinken Sie täglich Alkohol?	o ja	o nein	_____

Medizinische Anamnese

Hatten Sie Operationen?	o ja	o nein	_____
Waren Sie im letzten Jahr im Krankenhaus?	o ja	o nein	_____
Haben sie hohen Blutdruck?	o ja	o nein	_____
Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?	o ja	o nein	_____
Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?	o ja	o nein	_____
Hatten Sie je einen Herzinfarkt?	o ja	o nein	_____
Leiden Sie an Herzschwäche?	o ja	o nein	_____
Sind Depressionen oder eine Angststörung bekannt?	o ja	o nein	_____
Ist eine Lungenerkrankung bekannt?	o ja	o nein	_____
Bestehen Allergien?	o ja	o nein	_____
Ist eine Epilepsie bekannt?	o ja	o nein	_____

Leiden Sie an Zucker/ Diabetes mellitus? o ja o nein _____

Bestehen nächtliche Schmerzen (z. B. Gelenke/ Rücken)?

o ja o nein _____

Sind andere Erkrankungen bekannt? o ja o nein _____

Spezielle Schlafanamnese

Wann gehen Sie schlafen bzw. wann stehen Sie auf?

In der Woche: _____

Am Wochenende: _____

Seit wann bestehen Ihre Schlafprobleme/beschwerden _____

Machen Sie Mittagsschlaf? o ja o nein _____

Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? o ja o nein _____

Können Sie schlecht einschlafen? o ja o nein _____

Können Sie schlecht durchschlafen? o ja o nein _____

Leiden Sie unter nächtlichen Gedankenkreisen/ Grübelei?

o ja o nein _____

Tritt gehäuft morgendliches Früherwachen auf?

o ja o nein _____

Nehmen Sie Schlafmittel ein? o ja o nein _____

Sind Sie morgens müde? o ja o nein _____

Sind Sie tagsüber müde? o ja o nein _____

Ist Ihre Leistungsfähigkeit gemindert? o ja o nein _____

Sind Sie leicht reizbar? o ja o nein _____

Haben Sie Konzentrationsprobleme? o ja o nein _____

Leiden Sie an Bewegungsdrang, Unruhegefühl oder Missempfindungen/ Druck in den Beinen? o ja o nein _____

1. Treten o. g. Probleme in Ruhe, Inaktivität, im Liegen oder Sitzen auf?
   o ja o nein _____
2. Treten die Beschwerden nur am Abend oder in der Nacht auf?
   o ja o nein _____
3. Bessern sich die Beschwerden durch Bewegung (strecken, gehen, laufen)?
   o ja o nein _____
4. Sind bei Ihnen eine Venenschwäche, Gelenkverschleiß, Wadenkrämpfe oder Nervenschäden bekannt? o ja o nein _____

Schnarchen Sie? o ja o nein _____

Ist Ihr Mund morgens trocken? o ja o nein _____

Ist Ihre Nasenatmung behindert? o ja o nein _____

Wurden bei Ihnen Atemaussetzer im Schlaf durch Andere beobachtet?

o ja o nein _____

Haben Sie sich im letzten Jahr beim HNO- Arzt vorgestellt?

o ja o nein _____

Schlafen Sie zwanghaft ein? o ja o nein _____

Kam es schon einmal zu Sekundenschlaf? o ja o nein _____

Müssen Sie nachts häufig Wasserlassen? o ja o nein _____

Treten Beinschwellungen (v.a. abends) auf? o ja o nein _____

Leiden Sie an morgendlichen Kopfschmerzen?

o ja o nein _____

Haben Sie Luftnot? o ja o nein _____

Schwitzen Sie oft in der Nacht? o ja o nein _____