

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Fachärzte für Innere Medizin,
Pneumologie, Allergologie
und Schlafmedizin

Friedrich-Ebert-Platz 2
58095 Hagen

fon 02331-26073/-76
fax 02331-26079

praxis@pneumologie-im-stadtfenster-hagen.de
www.pneumologie-im-stadtfenster-hagen.de

SCHLAFANAMNESE

ALLGEMEINE FRAGESTELLUNGEN:

Leben Sie: allein in Partnerschaft

Leben Sie: selbstständig in Haus /Wohnung
 mit Unterstützung durch Angehörige/Pflegdienst
 im Heim

Welchen Beruf üben Sie aus? _____ Rentner

Arbeiten Sie im Schichtdienst? ja nein

Sind Sie Berufskraftfahrer? ja nein

Wenn nein, ist das Führen von Kraftfahrzeugen ein erheblicher Teil Ihrer Tätigkeit?

Nein weniger als 50% mehr als 50%

Sind Sie Raucher? ja nein Exraucher, seit _____

Wenn ja oder Exraucher, wie lange? _____ Wieviel pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich oft

Nehmen Sie Schlafmittel/Beruhigungsmittel? nie gelegentlich oft

VORERKRANKUNGEN:

COPD ja nein **Asthma bronchiale** ja nein

Sauerstoff-Therapie ja nein tags nachts wieviel Liter/min _____

Bluthochdruck (Hypertonie) ja nein

Blutzucker (Diabetes) nein ja Typ _____

Schlaganfall nein ja Wann? _____

Herzinfarkt nein ja Wann? _____

Sonstige Herzerkrankung nein ja Welche? _____

Hatten Sie Operationen an der Nase/dem Rachen? nein ja

Welche? _____ Wann? _____

Sonstige Operationen nein ja

Welche? _____ Wann? _____

Haben Sie Allergien? nein ja Welche? _____

Leiden Sie an Depressionen? nein ja

Sonstige bei Ihnen bekannte Erkrankungen: _____

AKTUELLE BESCHWERDEN IN DER NACHT:

Schnarchen nein ja Seit wann? _____

Atemaussetzer nein ja Seit wann? _____

Nachtschweiß nein ja

Nächtliches Wasserlassen (Nykturie) nein ja Wie oft? _____

AKTUELLE BESCHWERDEN AM TAG:

Kopfschmerzen nie gelegentlich oft

Mund/ Rachentrockenheit nein ja

Probleme der Nase keine zu feucht zu trocken

Wie schätzen Sie ihre körperliche Leistungsfähigkeit ein?

gut mittel schlecht

Wie schätzen Sie ihre geistige Leistungsfähigkeit ein?

gut mittel schlecht

Wie ist Ihre Stimmung? gut mittel schlecht

TAGESMÜDIGKEIT:

Leiden Sie an ausgeprägter Tagesmüdigkeit an mehr als 2 Tagen pro Woche?

nein ja

Wachen Sie unerfrischt an mehr als 2 Tagen pro Woche auf? nein ja

Leiden Sie an unkontrollierbarer Schläfrigkeit, die Sie im Tagesablauf stört, an mehr als 2 Tagen pro Woche? nein ja

Unterschrift, Datum