

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## 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