



Patientenfragebogen Schlafstörungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Die Fragen beziehen auf den Zeitraum der letzten 6 Wochen

	Täglich	3-5x/Wo	1-2x/Wo	nie
Ich schlafe nachts zu wenig	5	3	2	0
Ich habe einen leichten, flachen Schlaf	5	3	2	0
Ich brauche länger als 15 minuten zum Einschlafen	5	3	2	0
Ich wache jede nacht auf	5	3	2	0
Ich habe Probleme meinen Schlaf/Wach-Rhythmus dem normalen 24-Stunden-Rhythmus anzupassen	5	3	2	0
Ich habe Probleme, morgens aufzustehen	5	3	2	0
Ich empfinde meinen Schlaf als nicht erholsam.	5	3	2	0
Ich fühle mich tagsüber meistens schläfrig.	5	3	2	0
Ich kann mich tagsüber nicht konzentrieren	5	3	2	0
Beim Einschlafen gehen mir oft Gedanken durch den Kopf, die ich nicht abstellen kann.	5	3	2	0
Beim Einschlafen fühle ich mich oft traurig und deprimiert.	5	3	2	0
Beim Einschlafen bin ich oft ängstlich oder mache mir Sorgen.	5	3	2	0
Beim Einschlafen habe ich unruhige Beine	5	3	2	0
Ich habe oft Angst nicht einzuschlafen und am nächsten Tag nicht leistungsfähig zu sein.	5	3	2	0

Summe

Gesamt: > 24 Arzt aufsuchen

Ich habe in der Nacht oft Schmerzen oder andere körperliche Unannehmlichkeiten.	10	8	2	0
Ich schlafe nachts zu viel	5	3	2	0
Ich wache nachts immer wieder auf	4	3	2	0
Ich schnarche	5	3	2	0
Mein Partner hat Atempausen bemerkt	12	8	5	0
Ich fühle mich tagsüber meistens schläfrig.	5	3	2	0
Ich habe imperative Einschlafattacken gegen die ich nichts machen kann	10	10	5	0
Ich kann mich tagsüber nicht konzentrieren	5	3	2	0

Summe

Gesamt: > 12 Arzt aufsuchen