

## Ausleihung des Polygraphie-Gerätes

*Vereinbarung zwischen Geräteinhaber (Dr. Denzler) und {Patient-Vorname}  
{Patient-Name} {Patient-Geburtsdatum}*

Sehr geehrte Patienten,

zur Abklärung Ihrer Schlafstörung bzw. Schnarchens bekommen Sie ein hochwertiges Messgerät mit nach Hause. Wir bitten Sie dies entsprechend der erfolgten Einweisung durch die MFA zu nutzen. Wichtig hierbei: mit dem angelegten Gerät nicht Rauchen, Essen, Trinken und vor allem nicht mit Haustieren schlafen/kuscheln oder ähnliches.

Der Arzt ist berechtigt, dass mitgegebene Messgerät durch gleichwertiges oder den Betrag des entstandenen Schadens vom Patient ersetzen zu lassen, wenn dieser es, aus welchem Grund auch immer (mutwillig oder versehentlich) beschädigt oder nicht zurückbringt.

Der Patient bestätigt hiermit, dass er für Defekte am Gerät, die aufgrund von unsachgemäßer Handhabung entstehen, einen finanziellen Ausgleich leistet.

Der Patient bringt das Messgerät am Vormittag darauf (Folgetag der Messung) wieder zurück in die Praxis. Wenn nicht anders vereinbart, muss das Gerät auf 10:00 Uhr morgens wieder in der Praxis vorliegen.

Der Patient verpflichtet sich mit der Unterschrift auf diesem Formular mit den o.g. Vereinbarungen einverstanden.

---

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Dr. Denzler

# Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

(Epworth Sleepiness Scale)

{Patient-Name} {Patient-Vorname} {Patient-Geburtsdatum}

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?**

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vornehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- ① = würde niemals einnicken
- ① = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- ② = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- ③ = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

<b>Situation</b>	<b>Wahrscheinlichkeit einzunicken</b>
Im Sitzen lesen	① ① ② ③
Fernsehen	① ① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. Theater oder bei einem Vortrag)	① ① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ① ② ③
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	① ① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ① ② ③

## Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)

{Patient-Name} {Patient-Vorname} {Patient-Geburtsdatum}

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten. Bitte versuchen Sie Ihre Antworten möglichst genau zu treffen.**

1. Wann gehen Sie abends für gewöhnlich ins Bett? \_\_\_\_\_
2. Wie lange dauert es bis Sie nachts einschlafen? \_\_\_\_\_
3. Wann stehen Sie morgens für gewöhnlich auf? \_\_\_\_\_
4. Wie viele Stunden schlafen Sie tatsächlich nachts? \_\_\_\_\_
5. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes beurteilen?

Sehr gut     Ziemlich gut     Ziemlich schlecht     Sehr schlecht

**Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten.**

	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3x oder mehr pro Woche
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie nicht innerhalb von 30 Minute einschlafen konnten?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie zur Toilette gehen mussten?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Ihnen zu kalt war?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Ihnen zu warm war?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie schlecht geträumt haben?			
Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, weil Sie Schmerzen hatten?			
Nehmen Sie Schlafmittel oder Beruhigungsmittel?			
Wie oft haben Sie Schwierigkeiten wachzubleiben beim Autofahren?			

Wie oft haben Sie Schwierigkeiten wachzubleiben beim Essen?			
Wie oft haben Sie Schwierigkeiten wachzubleiben bei gesellschaftlichen Anlässen?			

**Falls Sie einen Mitbewohner/Partner haben, fragen Sie Ihn/Sie bitte wie oft er/sie folgendes bei Ihnen bemerkt hat.**

	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3x oder mehr pro Woche
Lautes Schnarchen			
Lange Atempausen während des Schlafens			
Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes			
Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Depressionen während des Schlafes			
Andere Formen von Unruhe während des Schlafes			

**Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer Person.**

Alter	Geschlecht	Körpergröße	Gewicht

**Wie häufig treten folgende Verhaltensweisen bei Ihnen auf?**

	Selten (Zwei bis drei Mal im Jahr)	Manchmal (Eins bis zwei Mal im Monat)	Häufig (1 bis 3 pro Woche)	Sehr häufig (Jede oder fast jede Nacht)
Einschlafzuckungen in den Beinen oder Körper die plötzlich und unabsichtlich auftreten, oft mit einem Gefühl des Fallens verbunden				
Rhythmische und schnelle Beinbewegungen während des Einschlafens oder Halbschlafes die auch willentlich auftreten können				
Wiederholtes, unwillkürliches Zucken der Beine oder Treten im Schlaf				
Nächtliche Wadenkrämpfe				
Nächtliches Zähneknirschen				
Sprechen während des Schlafes				
Verschlucken während des Schlafes oder Erwachen mit dem Gefühl zu ersticken				
Lautes und wiederholtes Seufzen oder Stöhnen während des Schlafes				