



Fragebogen zur Erfassung von Schlafstörungen

Bitte vollständig ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen

Name

Vorname

Adresse

PLZ Wohnort

Geburtsdag

..

Geschlecht

- m
- w

Gewicht, kg

.

Grösse, m.cm

.

Zivilstand

- verheiratet
- geschieden / getrennt
- verwitwet
- ledig

Kinder

- keine
- ja, wieviele

Versicherung

- Allgemein
- Halbprivat
- Privat

Wohnsituation

- mit Ehepartner oder Freund
- mit nahen Verwandten
- mit entfernten Verwandten / Bekannten
- allein mit Kind(ern)
- allein

Ausbildung

- Primarschule
- Sekundarschule
- Mittelschule
- Hochschule
- Berufsschule
- Höhere Fachschule

Letzter Ausbildungsabschluss

- kein Lehr- oder Ausbildungsabschluss
- Lehrabschluss
- Maturität
- Abschluss einer höheren Fachschule
- akademischer Abschluss

Berufsbezeichnung

Berufliche Stellung bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (auch wenn pensioniert):

- Arbeiter/in
- Angestellte/r ohne besondere Ausbildung (z.B. Bürohilfe)
- Angestellte/r mit spezieller Ausbildung (z.B. Sekretär/in)
- mittlere/r Angestellte/r (z.B. Lehrer/in)
- selbständige/r Kleingewerbetreibende/r
- Landwirt/in
- Beamte/r oder Angestellte/r
- freier Beruf (z.B. Journalist/in, Arzt/Aerztin)
- Direktor/in, Leiter/in eines Unternehmens oder Betriebes, Chefbeamter/in)

Was machten Sie vor 12 Monaten?

- voll erwerbstätig (100%)
- 50% und mehr
- weniger als 50%
- arbeitslos
- pensioniert
- Hausfrau
- aufgrund der Krankheit arbeitsunfähig
- anderes: _____

Beschäftigungsgrad: Was machen Sie zur Zeit?

- voll erwerbstätig (100%)
- 50% und mehr
- weniger als 50%
- arbeitslos
- pensioniert
- Hausfrau
- aufgrund der Krankheit arbeitsunfähig
- anderes: _____

Schichtarbeit?

- nein
- ja

Fragebogen ausgefüllt am

..



Wann gehen Sie schlafen ?

Werktags (Uhr) Wochenende (Uhr)

: :

Wann stehen Sie morgens auf

Werktags (Uhr) Wochenende (Uhr)

: :

Wie lange schlafen Sie normalerweise nachts (Std) ?

:

Ist Ihre Schlafdauer von Tag zu Tag meist gleich lang ?

- nein
- ja

Machen Sie einen Mittagsschlaf ?

- nein

ja. Wie lange (Std:Min) ?

:

Trinken Sie Kaffee oder Schwarztee ?

- nein
- ja

Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

- nein

ja Zu welcher Tageszeit (Uhr) ?

:

Haben Sie nachts oder morgens häufig einen trockenen Mund ?

- nein
- ja

Trinken Sie Alkohol ?

- nein
- ja

Beispiele für ein alkoholisches Getränk:

1 Dose Bier 0.3l (3 dl)	1 Glas Wein 0.1 l (1 dl)
1 Flasche Bier 0.3l (3 dl)	1 Glas Sekt 0.1 l (1 dl)
1 Gläschen Schnaps, Magenbitter usw. 2 cl	Likör oder Mischgetränk

Wenn ja:

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke ?

- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal in der Woche
- viermal in der Woche oder öfters

Wieviele alkoholische Getränke (Zählung siehe oben) konsumieren Sie an einem Tag an dem Sie Alkohol trinken (Beispiele: siehe oben)?

- 1 oder 2
- 3 oder 4
- 5 oder 6
- 7 bis 9
- 10 oder mehr

Rauchen Sie ?

- Nie geraucht
- Ex raucher
- Raucher

Bei Extrauchern/Rauchern

Zigaretten ? nein

- ja

Wenn ja, wie viele pro Tag ?

Seit wieviel Jahren ?

Pfeife ? nein

- ja

Wenn ja, wie viele pro Tag ?

Seit wieviel Jahren ?

Zigarre/Zigarillos ? nein

- ja

Wenn ja, wie viele pro Tag ?

Seit wieviel Jahren ?

Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen ?

- nein
- ja

Wenn ja, Ihre aktuellen Medikamente (Name und Dosierung):

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl müde zu sein, sondern auch wirklich einzuschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage am besten zutreffende Zahl.

Wertung

0 = würde nie einschlafen

1 = würde kaum einschlafen

2 = würde möglicherweise einschlafen

3 = würde mit grosser

Wahrscheinlichkeit einschlafen

-
- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sitzen und Lesen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Fernseh schauen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Sitzen an einem öffentliche Ort (z.B. Theater, Sitzung, Vortrag) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Als Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde ohne Halt | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Abliegen um auszuruhen am Nachmittag, wenn die Umstände es erlauben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Sitzen und mit jemandem sprechen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ruhig Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Im Auto beim Stop an einer Verkehrsampel während einigen Minuten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die vergangenen sechs Monate

Falls Sie in Tag-Nacht-Schichten oder in wechselnden Schicht-Diensten arbeiten, beziehen sich die Fragen, die nach dem "Tag, tagsüber, Morgen" fragen auf die Zeit, in der Sie nach der längsten Schlafperiode wach bzw. aktiv sind. Beantworten Sie die Fragen, indem Sie die zutreffende Nummer ("1" bis "5") ankreuzen.

Wertung
1 = nie (trifft überhaupt nicht zu)
2 = selten (trifft nicht zu)
3 = gelegentlich (bin nicht sicher)
4 = häufig (trifft zu)
5 = immer (trifft ganz genau zu)

Ich habe Schwierigkeiten mit dem Einschlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F003
Ich wache aus dem Nachtschlaf auf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F004
Beim Zubettgehen drängt sich eine Fülle von Gedanken in meinem Kopf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F006
Beim Zubettgehen fühle ich mich traurig oder niedergedrückt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F007
Beim Einschlafen fühle ich mich plötzlich wie gelähmt, kann mich plötzlich nicht mehr bewegen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F011
Beim Einschlafen habe ich "unruhige Beine (ein Gefühl von Kribbeln), Schmerzen und die Unfähigkeit, die Beine ruhig zu halten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F012
Man sagt, dass ich laut schnarche / mit meinem Schnarchen andere störe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F021
Man sagt, dass ich im Schlaf aufhöre zu atmen / meine Atmung aussetzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F022
Ich wache plötzlich nach Luft ringend auf, unfähig zu atmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F023
In der Nacht habe ich Herzjagen / einen unregelmässigen Herzschlag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F024
Ich schwitze sehr in der Nacht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F025
Mein Schlaf wird durch "unruhige" Beine beeinträchtigt / gestört (meine Beine kribbeln, schmerzen, und ich muss sie reiben / bewegen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F031
Mein Schlaf wird durch Traurigkeit / Niedergeschlagenheit beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F033
Ich habe Alpträume	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F038
Nach einem Nickerchen kann ich mich nicht bewegen, bin ich "erstarrt"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F039
Wenn ich aufwache, habe ich traumähnliche Bilder (Halluzinationen), obwohl ich weiss, dass ich nicht mehr schlafe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F040
Ich habe schon mehrere Tage nacheinander geschlafen / ich habe mich schon für mehrere Tage nacheinander ausserordentlich müde gefühlt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F042
Ich konnte einmal einige Tage nacheinander überhaupt nicht schlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F043
Ich habe den Eindruck, dass ich unter Schlaflosigkeit leide	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F045
Jetzt bin ich tagsüber sehr müde / habe Schwierigkeiten wach zu bleiben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F055
In den vergangenen 6 Monaten bin ich in einer der folgenden Situationen eingeschlafen: beim Essen, beim Telefonieren, im Gespräch, während einer Bus- oder Autofahrt, beim Fernsehen, im Theater, beim Lesen eines Buches, in einem Vortrag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F056
Meine Schulnoten waren schlecht weil ich immer müde war	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F057
Jetzt habe ich Schwierigkeiten, meine Arbeit zu verrichten, da ich schläfrig oder müde bin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F058
Ich muss jemanden anderen bitten, den Wagen zu lenken, da ich zu schläfrig oder müde bin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F059
Ich sehe intensive, traumähnliche Bilder (Halluzinationen), entweder kurz vor oder kurz nach einem Nickerchen am Tage, obwohl ich in diesen Momenten sicher bin, wach zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F060
Wenn ich morgens aufwache, bin ich wie gelähmt, bin unfähig, mich zu bewegen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F062
Es kommt vor, dass ich mit meinem Wagen an einen falschen Ort gefahren bin und ich mich nicht erinnern kann, wie ich dorthin gekommen bin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F063
Wenn ich lache, bekommen ich "weiche Knie"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F066

Für internen Gebrauch

Wenn ich lache, mich ärgere oder andere starke Gefühle habe, bekomme ich eine plötzliche Muskelschwäche, oder sogar eine kurzzeitige Unfähigkeit, mich zu bewegen, bin ich kurzzeitig wie gelähmt ("erstarrt")	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F067
Ich habe oder hatte einen zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F071
Mein Verlangen / mein Interesse an Geschlechtsverkehr ist geringer als früher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F080
Mit meiner früheren / aktuellen Liebesbeziehung bin ich unzufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F084
Ich habe schon einmal daran gedacht, mir das Leben zu nehmen und / oder habe an Selbstmordversuch gedacht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F089
In meiner Familie war einmal jemand wegen eines Nervenleidens / eines "Nervenzusammenbruchs" in einer Klinik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F101
Ich rauche noch 2 Stunden und / oder kurz bevor ich zu Bett gehe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F108
Ich habe beim Einschlafen Schwierigkeiten, durch die Nase zu atmen, habe eine verstopfte Nase beim Einschlafen (Allergien, Infektionen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F139
Wenn ich auf dem Rücken schlafe, sind mein Schnarchen und / oder meine Schwierigkeiten beim Atmen deutlich schlechter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F141
Mein Schnarchen / Atemschwierigkeiten sind deutlich schlechter, wenn ich einschlafe, gleich nachdem ich Alkohol getrunken habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F142
Für die folgenden Fragen: Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.						
Was ist die längste Zeit, die Sie nach nächtlichem Erwachen wach sind? 1 = weniger als 5 Minuten, 2 = 6 bis 19 Minuten, 3 = 20 - 59 Minuten, 4 = 1 bis 2 Stunden, 5 = mehr als 5 Stunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F154
Wie oft müssen Sie in der Nacht aufstehen, um auf die Toilette zu gehen, um Wasser zu lösen? 1 = nie, 2 = einmal, 3 = 2 mal, 4 = 3 mal, 5 = 3 mal oder mehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F155
Wieviele Unfälle bei der Arbeit hatten Sie als Folge von Müdigkeit oder Erschöpfung? 1 = keinen, 2 = einen, 3 = 2, 4 = 3, 5 = 4 oder mehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F156
Was ist Ihr aktuelles Gewicht (in Kilogramm)? 1 = 60 oder weniger, 2 = 61 - 72, 3 = 73 - 84, 4 = 85 - 94, 5 = 95 oder mehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F163
Wieviele Jahre rauchen Sie / wieviel Jahre haben Sie geraucht? 1 = Nichtraucher, 2 = ein Jahr, 3 = 2 - 12 Jahre, 4 = 13 - 25 Jahre, 5 = 26 Jahre und länger	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F170
Wie alt sind Sie jetzt (in Jahren)? 1 = 25 oder jünger, 2 = 26 bis 35, 3 = 36 - 44, 4 = 45 - 50, 5 = 51 oder älter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	F173
Wieviele Nächte schnarchen sie durchschnittlich pro Woche? 1 = nie, 2 = 1 mal, 3 = 2 mal, 4 = 3 - 4 mal, 5 = 5 - 7 mal, 6 = weiss nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wie laut ist Ihr Schnarchen? 1 = nie geschnarcht, 2 = wie tiefes Atmen, 3 = wie murmeln oder sprechen, 4 = lauter als Sprechen, 5 = extrem laut, durch geschlossene Tür hörbar, 6 = weiss nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Stört Ihr Schnarchen andere? 1 = nie geschnarcht, 2 = ja, 3 = nein, 4 = weiss nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
Wie stark sind Sie durch Ihre Schlafstörungen oder deren Folgen im täglichen Leben beeinträchtigt? Wählen Sie eine Zahl von 1 bis 6, wobei 1 = nicht beeinträchtigt, 6 = völlig beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wie ist Ihre Fähigkeit, zu Hause oder im Beruf Tätigkeiten zu verrichten? Wählen Sie eine Zahl von 1 bis 6, wobei 1 = ausgezeichnet, aufmerksam, konzentriert, 6 = dauernd müde, unkonzentriert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wie beurteilen Sie Ihre Leistungsfähigkeit? Wählen Sie eine Zahl von 1 bis 6, wobei 1 = taufrisch, unternehmungslustig, 6 = todmüde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Für internen Gebrauch

Date submitted . .

SD	ESS	SDDQ	ESS score
<input type="radio"/> Done	<input type="radio"/> Done	<input type="radio"/> Done	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Refused	<input type="radio"/> Refused	<input type="radio"/> Refused	
<input type="radio"/> Logistics	<input type="radio"/> Logistics	<input type="radio"/> Logistics	