

## Schlaf-Fragebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes mit einem Kreuz X an oder beantworten Sie die Fragen kurz schriftlich!

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Heutiges Datum:

Haben Sie Probleme mit dem Einschlafen? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Durchschlafen? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Ein- UND Durchschlafen? Ja nein

Haben Sie Probleme tagsüber wach zu bleiben? Ja Nein

Sind Sie tagsüber schläfrig? Ja Nein

Hatten Sie in der letzten Zeit Sekundenschlaf? Ja Nein

Welche anderen Schlafprobleme haben Sie? .....

Wie häufig treten Ihre Schlafstörungen innerhalb einer Woche auf? Ca. ....Mal

Seit wann bestehen Ihre Schlafschwierigkeiten? ..... Wochen .....Monate .....Jahre

Unter welchen anderen Erkrankungen leiden Sie? .....

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig?

.....

.....

Ausbildung und ausgeübter Beruf: .....

Ihre Größe: .....cm/ Ihr Gewicht: .....kg/ Ihr Geburtsdatum:

Anzahl weiterer Haushaltsmitglieder: ..... Davon sind Kinder:..... (in welchem Alter: .....) )

Fragen, die Sie hier noch nicht beantworten können oder möchten, können wir gerne in einem persönlichen Gespräch (Anamnese) klären.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum ersten persönlichen Erscheinen in der Praxis mit.

Vielen Dank