Therapiekontrolle von Schlafstörungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Beantworten Sie bitte diese Fragen so gut wie möglich. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.



Name: Vornan	ne:		Datum:
Welche Therapie nutzten Sie in den letzten drei Mo Lebensstiländerung/Gewichtsabnahme/Atemübu Vermeidung der Rückenlage CPAP Maskentherapie Unterkiefer-Protrusionsschiene/Zahnschiene Sonstiges:			
Fragen zur Schlafqualität Wachen Sie nachts auf? Schwitzen Sie nachts? Müssen Sie nachts oft zur Toilette? Haben Sie nachts Atemnot? Sind Sie tagsüber schläfrig?	nein nein nein nein nein nein nein nein	□ selten □ selten □ selten □ selten □ selten	oft oft oft oft oft oft oft
Fragen zu Nebenwirkungen Ist der Beatmungsdruck zu hoch? Stört das Geräusch von Maske/Gerät? Kommt es zu Druckstellen durch die Maske? Entfernen Sie die Maske ungewollt im Schlaf? Haben Sie Fließschnupfen/verstopfte Nase? Kommt es zu Trockenheit in Mund oder Rachen?	nein nein nein nein nein nein	selten selten selten selten selten selten	oft oft oft oft oft oft oft oft oft
Fragen zur Zufriedenheit, zum Therapieerfolg Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Maske? Ist es schwierig mit der Maske einzuschlafen? Ist es schwierig mit Maske durchzuschlafen? Fühlen Sie sich mit Maske morgens ausgeruhter?	□ zufrieden □ nein □ nein □ ja	□ ausreichend □ selten □ selten □ ausreichend	unzufriedenoftoftnein
Fragen zu Verhalten/Genussmitteln : Hat sich das Körpergewicht geändert? Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie? Nutzen Sie Schlafmittel?	□ nein □ nein □ nein □ nein	□ ja, und zwar: □ selten □ ja, Anzahl Zig □ ja, folgendes:	regelmäßig regelmäßig regelmäßig
Sanstige Fragen/Anmerkungen			

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einschlafen würden, also nicht nur müde sind? Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in den letzten 2-4 Wochen. Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situation auf Sie ausgewirkt hätte.							
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie einschlafen würden, wenn Sie							
im sitzen lesen?	□ niemal		□ mittel	□ hoch			
fernsehen?	□ niemal	0 0	□ mittel	□ hoch			
als Zuhörer in der Öffentlichkeit sitze		3 Gering	- miccei	LI HOCH			
z.B. im Theater oder bei einem Vortr als Beifahrer im Auto während einer	ag? □ niemal	s □ gering	□ mittel	□ hoch			
einstündigen Fahrt ohne Pause mitfa sich am Nachmittag hinlegen,	hren? \square niemal	s □ gering	□ mittel	□ hoch			
um sich auszuruhen?	□ niemal	s 🗖 gering	■ mittel	□ hoch			
sich mit jemandem sitzend unterhalt nach dem Mittagessen (ohne Alkoho		s □ gering	□ mittel	□ hoch			
ruhig und entspannt dasitzen? als Fahrer eines Autos verkehrsbedin	niemal	s □ gering	□ mittel	□ hoch			
einige Minuten halten müssen?	□ niemal	s 🗖 gering	□ mittel	□ hoch			
Vielen Dank! Ab hier vom Personal auszufüllen							
Untersuchungsbefunde Blutdruck: / mm Hg	Puls:	/min	Körpergewicht:	kg			
Diatarack. / Illining	1 015.	,	Korpergewiene.	Νδ			
Gerätedaten Betriebs-/Nutzungsstunden: Nutzungsstunden / Nacht: Nutzungseffizienz:	h h/n						
Gerätezustand Maskenzustand: Schlauch: CPAP-Gerät: Sonstiges:	ntakt						
Sonstiges							

Fragen zur Tageschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scala = ESS)