Anmeldeblatt
Krankheitsgeschichte

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.

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Wie sind Sie versichert?

☐ Gesetzlich ☐ Privat Basistarif* ☐ Privat

☐ Privat Standardtarif* ☐ Selbstzahler

*bitte Versicherungsbescheid vorlegen

bei folgender Krankenkasse:

Datum: Ihre Unterschrift:

Was ist Ihr Anliegen?

_____

Wer hat Sie überwiesen?

_____

Welche Ärzte sollen einen Bericht erhalten?

_____

_____

Datum: Ihre Unterschrift:

Welche Medikamente nehmen Sie? ☐ keine *(Bitte geben Sie auch Sprays / Dosieraerosole an)*

Name	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Nutzen Sie medizinische Hilfsmittel? ☐ nein ☐ Sauerstoff ☐ CPAP/BiPAP ☐ andere:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

☐ Allergien ☐ Asthma ☐ COPD

☐ gehäufte Infekte ☐ Hochdruck ☐ Herz

☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Gicht ☐ Leber

☐ Lunge ☐ Magen / Darm ☐ Nerven

☐ Niere/Blase/Prostata ☐ Muskel ☐ Knochen / Gelenke

☐ Rheuma ☐ Haut ☐ Tumorerkrankung

☐ Schlafstörungen ☐ Abhängigkeiten ☐ Angst

☐ Depression ☐ Sonstiges:

Wurden Operationen durchgeführt? Hatten Sie Unfälle?

Waren Sie in Reha, zur Kur?

Letztes Röntgen oder CT der Lunge:

Was ist Ihr Beruf?

Welche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Sind Sie arbeitsfähig? ☐ ja ☐ nein ☐ ohne Arbeit ☐ in Rente seit

Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung? ☐ nein ☐ ja Grad der Behinderung (GdB) %

Gehäufte Lungenerkrankungen in der Familie / Sonstiges?

Schlaf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Zur guten Beratung benötigen wir Ihre Hilfe.
Beantworten Sie bitte diese Fragen bestmöglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt,
da Sie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!	☐ **nie**	☐ **selten**	☐ **oft**	☐ **sehr oft**
Wie ist Ihr Befinden am Tage?				
Neigen Sie dazu, am Tage einzuschlafen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Hat Ihre Leistungsfähigkeit abgenommen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Haben Sie Konzentrationsstörungen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Sind Sie häufig antriebslos oder depressiv?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Wurde auffälliges Verhalten im Schlaf beobachtet?				
Leiden Sie an unruhigen Beinen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Sprechen Sie nachts?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Leiden Sie unter Angst- / Alpträumen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Sind andere Auffälligkeiten aufgetreten?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Bestehen Hinweise für Atemstörungen im Schlaf?				
Schnarchen Sie laut?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Schnarchen Sie mit Atempausen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Haben Sie nachts Atemnot?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Erwachen Sie mit Kopfschmerzen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Müssen Sie nachts oft Wasser lassen?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Schwitzen Sie in der Nacht?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft
Fühlen Sie sich am Morgen wie gerädert?	☐ nie	☐ selten	☐ oft	☐ sehr oft

Welche Schlafgewohnheiten liegen vor?				
Wann gehen Sie normalerweise ins Bett?	um ca.	Uhr		
Wann stehen Sie normalerweise auf?	um ca.	Uhr		
Wie lange schlafen Sie normalerweise?	ca.	Stunden		
Gehen Sie meist zur gleichen Zeit ins Bett?	☐ ja	☐ meist	☐ selten	☐ nie
Können Sie sofort einschlafen?	☐ ja	☐ meist	☐ selten	☐ nie
Können Sie ohne Aufwachen durchschlafen?	☐ ja	☐ meist	☐ selten	☐ nie
Falls Sie aufwachen, können Sie sofort einschlafen?	☐ ja	☐ meist	☐ selten	☐ nie
Stehen Sie immer zur gleichen Zeit auf?	☐ ja	☐ meist	☐ selten	☐ nie
Sind sie dann ausgeruht?	☐ ja	☐ meist	☐ selten	☐ nie

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite. Vielen Dank.

Treten folgende Symptome an mehr als 2 Tagen in der Woche auf?

Tagesschläfrigkeit?	☐ nein	☐ ja
Nicht erholsames Aufwachen?	☐ nein	☐ ja
Unkontrollierte Schläfrigkeit, die den Tagesablauf stört?	☐ nein	☐ ja

Wie lange bestehen Ihre Schlafstörungen? seit Wochen / Monaten / Jahren

Besteht ein Risiko für Unfälle?

Haben Sie Mühe als Fahrer am Steuer wach zu bleiben?	☐ nein	☐ ja
Hatten Sie schon einmal einen Sekundenschlaf am Steuer?	☐ nein	☐ ja
Hatten Sie einen Verkehrsunfall wegen Sekundenschlaf in den letzten 5 Jahren?	☐ nein	☐ ja
Wie viele km fahren Sie im Jahr?	ca.	km /Jahr

Arbeiten Sie nachts oder im Schichtdienst?

Arbeiten Sie im Schichtdienst?	☐ nein	☐ ja	☐ 2/3-Schicht	☐ 4-Schicht
Arbeiten Sie im Nachtdienst?	☐ nein	☐ ja	☐ oft	☐ regelmäßig
Besteht derzeit Arbeitsfähigkeit?	☐ in Rente	☐ ja	☐ nein	☐ ohne Arbeit

ESS: Epworth sleepiness scale (Selbsteinschätzung von Tagesschläfrigkeit, nicht von Müdigkeit)

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?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… fernsehen?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… als Zuhörer in der Öffentlichkeit sitzen, z.B. im Theater oder bei einem Vortrag?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause mitfahren?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… sich am Nachmittag hinlegen, um sich auszuruhen?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… sich mit jemand sitzend unterhalten?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig und entspannt dasitzen?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch
… als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen?	☐ niemals	☐ gering	☐ mittel	☐ hoch

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

☐ nein ☐ ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

☐ nein ☐ ja

Sind Sie wegen Schlafstörungen schon einmal behandelt worden?	☐ nein	☐ ja
Waren Sie schon einmal im Schlaflabor?	☐ nein	☐ ja

Welche Therapie wurde veranlasst/vorgeschlagen?

Restless Legs Syndrom (RLS)
Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Beantworten Sie bitte diese Fragen so gut wie möglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt.
Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Es treten folgende Beschwerden bei Ihnen auf:

Drang, die Beine zu bewegen, mit Missempfindungen oder Unruhegefühl der Beine	☐ nein ☐ ja
Beginn oder Verschlechterung während Ruhe oder Inaktivität, wie Liegen oder Sitzen	☐ nein ☐ ja
Besserung durch Bewegung, wie Laufen, Gehen oder Strecken, teilweise oder vollständig	☐ nein ☐ ja
Auftreten nur am Abend oder in der Nacht oder Verschlechterung abends/nachts	☐ nein ☐ ja
Andere Erklärung für die Beschwerden wie Arthritis, Krämpfe, Wassereinlagerungen	☐ nein ☐ ja

Versuchen Sie bitte **Ihre Beschwerden der letzten zwei Wochen** anhand der folgenden Fragen einzuschätzen.
Kreuzen Sie dazu bitte den entsprechenden Schweregrad an:
0 = nicht vorhanden 1 = gering 2 = mäßig 3 = stark 4 = sehr stark

Wie beurteilen Sie Ihre Beschwerden in Beinen oder Armen, aufgrund des Syndroms der unruhigen Beine insgesamt?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie stark empfinden Sie insgesamt den Zwang, sich wegen des Syndroms der unruhigen Beine bewegen zu müssen?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie stark bessern sich insgesamt Ihre durch das Syndrom der unruhigen Beine bedingten Beschwerden in Armen und Beinen durch Herumlaufen?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie stark sind Ihre Schlafstörungen, aufgrund der Symptome des Syndroms der unruhigen Beine insgesamt?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie ausgeprägt ist ihre Müdigkeit oder Schläfrigkeit, aufgrund Ihrer Symptome des Syndroms der unruhigen Beine?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie schwer ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine insgesamt?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie oft treten die Symptome des Syndroms der unruhigen Beine auf?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wenn bei Ihnen die Symptome der unruhigen Beine auftreten, wie schwer sind diese an einem durchschnittlichen Tag?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie stark wirken sich die Symptome der unruhigen Beine insgesamt auf Ihre Alltagsaktivitäten aus, etwa auf Ihr Familienleben, Ihr häusliches Umfeld, Ihre Kontakte zu Freunden und Bekannten oder Ihre berufliche Arbeit?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Wie stark wird Ihre Stimmungslage von dem Syndrom der unruhigen Beine beeinflusst; z.B. Verärgerung, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit oder Gereiztheit?	0 - 1 - 2 - 3 - 4

IRLS: /40

Insomnie-Index nach Morin: ISI
Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Beantworten Sie bitte diese Fragen so gut wie möglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt.
Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Bitte beschreiben Sie, wie schwer die folgenden Schlafprobleme in den letzten 2 Wochen (einschließlich heute) für Sie waren. Kreuzen Sie dazu bitte den entsprechenden Schweregrad an:
0 = nicht vorhanden 1 = gering 2 = mäßig 3 = stark 4 = sehr stark

1. a. Einschlafschwierigkeiten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
1. b. Durchschlafschwierigkeiten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
1. c. Zu frühes Aufwachen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
2. Wie **unzufrieden** sind Sie mit Ihrem Schlafverlauf in den letzen 2 Wochen (einschließlich heute)?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
3. Wie sehr haben Ihre Schlafprobleme Sie im Alltag **beeinträchtigt** (z.B. Müdigkeit tagsüber, die Fähigkeiten, Ihre Arbeit/täglichen Pflichten zu erledigen, Konzentration, Gedächtnis, Stimmung, usw.)?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
4. Wie **erkennbar** war die Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität durch Ihre Schlafprobleme Ihrer Meinung nach für andere Menschen?	0 - 1 - 2 - 3 - 4
5. Wie viel Sorge haben Ihnen Ihre Schlafprobleme in den letzten 2 Wochen (einschließlich heute) bereitet?	0 - 1 - 2 - 3 - 4

ISI: /28

Zusatzfragen:

Bestehen Ihre Schlafstörungen länger als 4 Wochen? ☐ nein ☐ ja

Wie oft kommt es in der Woche zu Schlafstörungen? ☐ 1x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ >3x/Woche ☐ täglich

Schlafstörung

Ursachen von Schlafstörungen können äußere Gründe, wie nächtlicher Lärm oder auch innere Gründe, wie vorbestehende Erkrankungen sein. Die fehlende Erholsamkeit des Schlafes beeinträchtigt kurzfristig die Leistungsfähigkeit. Mittel- oder langfristig führt dies zu einer Verschlechterung, oder zum Neuauftreten von Krankheiten. Eine Schlafstörung wird therapiebedürftig, wenn sie von den Betroffenen als krankhaft empfunden wird und Ursache körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen ist.

Zur Unterscheidung der einzelnen Unterformen der Schlafstörungen bedarf es einer sorgsamen Erhebung der Krankengeschichte und meist auch weiterführender Untersuchungen, mit strukturierten Fragebögen, Schlaftagebuch und einer eventuellen Untersuchung im Schlaflabor. Die Behandlung orientiert sich im Wesentlichen an den Ursachen. Ist die Schlafstörung beispielsweise Folge einer inneren Erkrankung, so ist deren Therapie vorrangig. Ist sie aber beispielsweise durch einen falschen Umgang mit dem Schlaf ausgelöst, ist eine entsprechende Aufklärung des Patienten angezeigt und, sofern notwendig, auch eine entsprechende Verhaltenstherapie.