

Therapiekontrolle von Schlafstörungen



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 unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und werden vertraulich behandelt.

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Welche Therapie nutzten Sie in den letzten drei Monaten?

- Lebensstiländerung/Gewichtsabnahme/Atemübungen
- Vermeidung der Rückenlage
- CPAP Maskentherapie
- Unterkiefer-Protrusionsschiene/Zahnschiene
- Sonstiges:

Fragen zur Schlafqualität

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Wachen Sie nachts auf? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Schwitzen Sie nachts? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Müssen Sie nachts oft zur Toilette? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Haben Sie nachts Atemnot? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Sind Sie tagsüber schläfrig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |

Fragen zu Nebenwirkungen

- | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Ist der Beatmungsdruck zu hoch? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Stört das Geräusch von Maske/Gerät? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Kommt es zu Druckstellen durch die Maske? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Entfernen Sie die Maske ungewollt im Schlaf? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Haben Sie Fließschnupfen/verstopfte Nase? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Kommt es zu Trockenheit in Mund oder Rachen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |

Fragen zur Zufriedenheit, zum Therapieerfolg

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Maske? | <input type="checkbox"/> zufrieden | <input type="checkbox"/> ausreichend | <input type="checkbox"/> unzufrieden |
| Ist es schwierig mit der Maske einzuschlafen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Ist es schwierig mit Maske durchzuschlafen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Fühlen Sie sich mit Maske morgens ausgeruhter? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ausreichend | <input type="checkbox"/> nein |

Fragen zu Verhalten/Genussmitteln :

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| Hat sich das Körpergewicht geändert? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar: |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: _____ |
| Nutzen Sie Schlafmittel? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, folgendes: |

Sonstige Fragen/Anmerkungen:

