Symptomliste Schlafmedizin

Persönliche Daten: **Patientennummer:**_____ **Datum:**_____

Name:_____Vorname:_____Geb.:_____

Nachfolgende Symptome schätzen Sie bitte anhand einer Skala von 0 bis 10 wobei 10 die maximal vorstellbare Stärke bedeutet.

Schlafbezogene Symptome in den letzten 4 Wochen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schnarchen (auch ohne Alkoholkonsum)										
Tagesmüdigkeit										
Schlafstörungen / unruhiger Schlaf										
Konzentrationsschwächen										
Leistungsabfall										
Nächtliches Aufwachen										
Nächtliches Schwitzen										
Nächtlicher Harndrang										
Aufstoßen (besonders nachts oder morgens)										
Räuspern, Halsschmerzen (besonders morgens)										

Allgemeine Symptome in den letzten 4 Wochen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Knirschen oder Pressen mit den Zähnen										
Muskelzuckungen										
Missempfindungen										
Verstopfte Nase										
Kopfschmerzen										
Nackenschmerzen										
Chronische Körperschmerzen										
Stresslevel (Beruf, Privat, Schule etc.)										
Beeinträchtigung im Beruf/häuslicher Aktivität										
Kaffeekonsum/Teekonsum (schwarzer Tee)										

Medizinische Anamnese	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Herz- Kreislauferkrankungen Hypertonie Rhythmusstörungen		
Diabetes		
Übergewicht		
Gereiztheit / depressive Verstimmung		
Regelmäßiger Alkoholkonsum (wie viel)		
Vorbereitungsuntersuchung im Schlaflabor		
Behandlung von Schlafstörungen/Schlafapnoe		
Musikinstrument		
Sport (regelmäßige Aktivitäten)		