

## Schlafmedizinische Krankengeschichte (PSQI)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in meiner Praxis. Um Sie möglichst gut beraten und behandeln zu können, möchte ich Sie bitten, mir einige Fragen zu Ihrer Person und Ihrer medizinischen Vorgeschichte zu beantworten.

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anlass des Besuchs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar *nur während der letzten vier Wochen*. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

- |   |   |
|---|---|
| <b>1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?</b>   | übliche Uhrzeit:                          |
| <b>2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?</b>  | in Minuten:                               |
| <b>3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?</b>  | übliche Uhrzeit:                          |
| <b>4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?</b><br><small>(Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)</small> | Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht: |

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

- 5. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...**
- a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche
- b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche

c) ... weil Sie aufstehen mußten, um zur Toilette zu gehen?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

e) ... weil Sie husten mußten oder laut geschnarcht haben?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

f) ... weil Ihnen zu kalt war?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

g) ... weil Ihnen zu warm war?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

h) ... weil Sie schlecht geträumt hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

i) ... weil Sie Schmerzen hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

j) ... aus anderen Gründen?

Bitte beschreiben:

Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

6. **Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?**
- Sehr gut  
 Ziemlich gut  
 Ziemlich schlecht  
 Sehr schlecht
7. **Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?**
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche
8. **Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?**
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche
9. **Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?**
- Keine Probleme  
 Kaum Probleme  
 Etwas Probleme  
 Große Probleme
10. **Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?**
- Ja  
 Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer  
 Nein, der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett  
 Nein, der Partner schläft im selben Bett

Falls Sie einen Mitbewohner / Partner haben, fragen Sie sie/ihn bitte, ob und wie oft er/sie bei Ihnen folgendes bemerkt hat.

- a) **Lautes Schnarchen**
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche
- b) **Lange Atempausen während des Schlafes**
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche
- c) **Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes**
- Während der letzten vier Wochen gar nicht  
 Weniger als einmal pro Woche  
 Einmal oder zweimal pro Woche  
 Dreimal oder häufiger pro Woche

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

e) Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes

Bitte beschreiben:

Abschließend folgen noch einige Fragen zu möglicherweise bei Ihnen eingesetzten Therapien:

Wird / wurde von Ihnen eine Maskenbeatmung (CPAP o.ä.) eingesetzt?

Falls ja:

Seit wann: \_\_\_\_\_ Gerät: \_\_\_\_\_ Maske: \_\_\_\_\_

Wo/Von wem verordnet: \_\_\_\_\_

Medizingeräteversorger: \_\_\_\_\_

Letzte Therapiekontrolle: \_\_\_\_\_

Therapie wird derzeit genutzt:  ja  nein, Therapie wird nicht genutzt seit: \_\_\_\_\_

Probleme bei der Maskenbeatmung: \_\_\_\_\_

Andere Therapien (Schiene / OP / Kissen): \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen, das hilft uns sehr.