

Schlafragebogen



Alexianer
ST. HEDWIG-KRANKENHAUS

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Charité

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Ärzte, denen ein Bericht zugesandt werden soll:

Bereich:

Klinik f. Schlaf- und Chronomedizin
St. Hedwig-Krankenhaus / Große Hamburger Straße
5-11 / 10115 Berlin

Chefarzt: PD Dr. Dieter Kunz
Sekretariat: Susanne Dümchen

TEL: 030 2311- 2901

FAX: 030 2311- 2903

E-Mail: s.duemchen@alexianer.de

Bitte machen Sie zunächst einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person.

Krankenkasse: Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: Alter: Körpergröße: Gewicht:

Staatsangehörigkeit: Muttersprache:

Schulabschluss: Berufsausbildung:

ausgeübter Beruf: Arbeitszeit (Tag/Woche):

Vollzeit Teilzeit Schichtdienst seit wann:

selbständig Angestellte(r) Arbeiter(in) Hausfrau(mann)

Schüler/Student(in) in Ausbildung Rentner(in) arbeitslos

Familienstand: Kinder (Anzahl und Alter):

Ich lebe: alleine mit Partner/in mit Angehörigen

in einer Wohngemeinschaft in einem Heim

Ich beziehe: Erwerbsunfähigkeitsrente Altersrente Sonstiges

Krankengeld

Berentungsverfahren läuft: ja nein

Anregung zur Kontaktaufnahme durch:

mich (Patient) Angehörige Hausarzt Nervenarzt Sonstiges.....

Fragebogen ausgefüllt am:

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	1	14.11.2016	1 von 19

Pittsburgh Schlafqualitäts Index (PSQI), Buysse et al. (1989)

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.

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

übliche Uhrzeit:

2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten:

3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

übliche Uhrzeit:

4. Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?

(Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

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

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	2 von 19

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

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	3 von 19

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 wach zu bleiben, 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

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	4 von 19

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:

Epworth Schläfrigkeits-Skala (ESS), Murray W. Johns, 1991

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

0 = würde niemals einnicken
 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③
Beim Fernsehen	① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③

Fatigue Severity Scale (nach Krupp et al., 1989, dt. Version)

Ich finde, dass **während der vergangenen Woche** folgendes zutraf:

	Stimme gar nicht zu ←	→ Stimme vollkommen zu					
1. Ich bin weniger motiviert, wenn ich müde bin.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. Körperliche Betätigung macht mich müde.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. Ich ermüde rasch.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine körperliche Leistungsfähigkeit.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. Meine Müdigkeit bereitet mir oft Probleme.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. Meine Müdigkeit verhindert längerdauernde körperliche Tätigkeiten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. Meine Müdigkeit beeinträchtigt mich, gewisse Pflichten und Verantwortungen zu erfüllen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. Meine Müdigkeit gehört zu den drei Beschwerden, mich am meisten behindernden.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine Arbeit, meine Familie oder mein soziales Leben.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	6 von 19

Bitte bewerten Sie, ob folgende Aussagen über Ihr Einschlafen zutreffen.

- Ich gehe gewöhnlich zu sehr unterschiedlichen Zeiten ins Bett (z. B. Schichtarbeit). ja nein
- Ich habe Probleme, nach dem „Zubettgehen“ einzuschlafen. ja nein
- Mein Schlaf ist in anderer Umgebung oft besser als in meiner gewohnten Umgebung. ja nein
- Beim Einschlafen gehen mir oft Gedanken durch den Kopf, die ich nicht abstellen kann. ja nein
- Beim Einschlafen fühle ich mich oft traurig und deprimiert. ja nein
- Beim Einschlafen bin ich oft ängstlich oder mache mir Sorgen. ja nein
- Haben Sie Missempfindungen in den Beinen oder Armen wie Kribbeln, Reißen, Jucken, Brennen, Krämpfe, Schmerzen? ja nein
- Haben Sie Ruhelosigkeit besonders in den Beinen, müssen Sie zwanghaft umhergehen, sich im Bett drehen und wenden oder müssen Sie die Beine reiben oder massieren? ja nein
- Verstärken sich die Beschwerden quälend beim Hinlegen oder Hinsetzen? ja nein
- Verstärken sich die Symptome immer am Abend? ja nein
- Ich habe oft Angst, nicht einschlafen zu können und am nächsten Tag nicht leistungsfähig zu sein. ja nein

Bitte bewerten Sie, ob folgende Aussagen über Ihren Nachtschlaf zutreffen.

- Ich wache oft davon auf, dass ich nach Luft ringe und nicht einatmen kann. ja nein
- Ich schwitze während der Nacht stark. ja nein
- Ich wälze mich häufig lange hin und her. ja nein
- Ich bemerke oft, dass ich nachts Herzklopfen habe oder mein Herz schnell und unregelmäßig schlägt. ja nein
- Ich (oder mein Partner/in) bemerke, dass ich mich im Schlaf aufrichte, im Raum umhergehe und verschiedenes mache (z. B. Bettdecke zupfen). ja nein
- Wenn ja, seit wann? _____
- Ich esse regelmäßig nachts. ja nein
- Ich knirsche mit den Zähnen. ja nein
- Ich spreche im Schlaf. ja nein
- Im Schlaf schlage/trete ich um mich. ja nein
- Es kommt vor, dass ich schreiend aufwache und verwirrt bin. ja nein
- Manchmal, wenn ich aufwache, bin ich stark desorientiert und durcheinander. ja nein
- Es kommt vor, dass ich im Schlaf aus dem Bett falle. ja nein

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	7 von 19

Meine Beine zucken oder bewegen sich im Schlaf.
Es kommt vor, dass ich einnässe. ja nein
 ja nein

Ich habe während des Schlafens einen (epileptischen) Anfall gehabt. ja nein

Wenn ich nachts oder morgens aufwache, fühle ich häufig,
dass ich mich nicht bewegen kann. ja nein

Ich habe traumähnliche Bilder (Halluzinationen), wenn ich nachts aufwache,
auch wenn mir bewusst ist, dass ich wach bin. ja nein

Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrer Schlafumgebung.

Mein Schlaf wird bei Schlafbeginn und während der Nacht häufig durch folgendes beeinträchtigt:

- Störungen wie Lärm, Licht, Hitze o. ä. ja nein
- Geräusche und Bewegungen meines Bettpartners ja nein
- dass ich in einem fremden Bett schlafe ja nein
- Schichtarbeit und/oder Zeitzonenverschiebung ja nein
- durch die Mondphase ja nein
- andere Störungen ja nein

Bitte machen Sie Angaben darüber, wie Sie sich am Tage fühlen.

Ich empfinde meinen Schlaf als nicht sehr erholsam. ja nein

Wie lange brauchen Sie morgens nach dem Aufstehen gewöhnlich,
bis Sie sich richtig frisch fühlen? Stunden

Ich erreiche am Tage nicht meine gewohnte Leistungsfähigkeit. ja nein

Ich bin tagsüber häufig müde und muss mich anstrengen, wach zu bleiben. ja nein

Ich leide oft an Erschöpfung und Lethargie, auch wenn ich nicht richtig müde bin. ja nein

Ich halte werktags einen Mittagsschlaf. ja nein

Ich halte am Wochenende einen Mittagsschlaf. ja nein

Es ist mir schon einmal passiert, dass ich bei Ärger oder Freude eine
Muskelschwäche erlebte (z. B. beim Witze erzählen oder Lachen). ja nein

Ich habe den Eindruck, dass ich aufgrund meiner Schlafstörung sozial zurück-
gezogener bin. ja nein

Haben Sie aufgrund Ihrer Schlafstörung schon am Arbeitsplatz gefehlt oder
wurden krankgeschrieben? ja nein

Sind Sie schon häufiger aufgrund Ihrer Schlafstörung zu spät gekommen? ja nein

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	8 von 19

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer allgemeinen Lebenssituation.

- Ich bin zufrieden mit meiner beruflichen Situation. ja nein
- Ich bin zufrieden mit meiner Freizeit und meinen sozialen Aktivitäten. ja nein
- Ich bin zufrieden mit meiner familiären Situation. ja nein
- Ich bin zufrieden mit meiner Liebesbeziehung. ja nein
- Ich bin zufrieden mit meinem Gesundheitszustand. ja nein
- Ich habe das Gefühl, dass mein sexuelles Interesse nachgelassen hat. ja nein
- Ich glaube, dass mein Gedächtnis in letzter Zeit schlechter geworden ist. ja nein
- Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie früher. ja nein
- Ich habe das Gefühl, dass mein Riechvermögen nachgelassen hat. ja nein
- Wenn ja, seit wann? _____
- Ich bin unzufrieden mit einem bisher noch nicht erwähnten Bereich meines Lebens. ja nein
- Wenn ja, in welchem Bereich? _____
- Haben Sie in den letzten Jahren Gewicht zu- oder abgenommen? ja nein
- Zunahme Abnahme Wenn ja, wie viel Kilo? _____ kg

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Schlaf als Kind bis zur Pubertät.

Als Kind litt ich unter:

- Schlafwandeln ja nein
- nächtlichem Aufschrecken mit Angst und Verwirrung ja nein
- Anfälle während des Schlafes ja nein
- Müdigkeit am Tage ja nein
- Ich war früher sehr unruhig (hyperaktiv). ja nein
- Ich habe früher im Schlaf rhythmisch den Kopf oder Körper bewegt. ja nein

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	9 von 19

Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Zur Zeit leide ich an folgenden körperlichen Erkrankungen:

Zur Zeit nehme ich folgende Medikamente ein, inklusive der schlafbezogenen (Name/Dosis):

Früher hatte ich folgende Erkrankungen:

Früher war ich in folgenden psychiatrischen, neurologischen, psychotherapeutischen Behandlungen (stationär/ambulant):

Welche Augenfarbe haben Sie: _____

Sind Sie farbenblind? ja nein

Besteht bei Ihnen eine Besonderheit in Bezug auf die Augen/das Sehen?

Oder bei einem Ihrer Familienmitglieder?

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	10 von 19

Welche der folgenden anregenden Getränke trinken Sie regelmäßig?

- Kaffee/Cappuccino schwarzen/grünen Tee Cola Energydrinks

Wenn ja, wie viel pro Tag und bis wie viel Uhr?

Ich rauche täglich oder fast täglich.

- nein Zigaretten Zigarren Anderes

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Bitte denken Sie an Ihren Alkoholkonsum in den letzten 6 Monaten.
An wie viel Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?

..... Tage pro Woche

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag,
an dem Sie Alkohol trinken? (1 Glas = 0,125 l Wein; 0,25 l Bier; 0,04 l Spirituosen)

..... Glas pro Tag

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Familie.

Geben Sie bitte an, welche Ihrer Verwandten (z. B. Eltern, Geschwister) unter folgenden Störungen leidet oder litt:

Ein- und Durchschlafstörungen: ja nein Wenn ja, wer?

Müdigkeit am Tage: ja nein Wenn ja, wer?

Neurodegenerativen Erkrankungen:
(Parkinson, Alzheimer-, sonstige Demenz) ja nein Wenn ja, wer?

Ruhelose Beine während des Schlafens: ja nein Wenn ja, wer?

Falls Ihre Eltern nicht mehr leben:

Wie alt wurde Ihr Vater und woran verstarb er?

Wie alt wurde Ihre Mutter und woran verstarb sie?

Für Frauen:

Ist Ihre Periode regelmäßig? ja nein

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel? ja nein

Befinden Sie sich z. Zt. in den Wechseljahren? ja nein

Haben Sie Beschwerden mit den Wechseljahren? ja nein

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	11 von 19

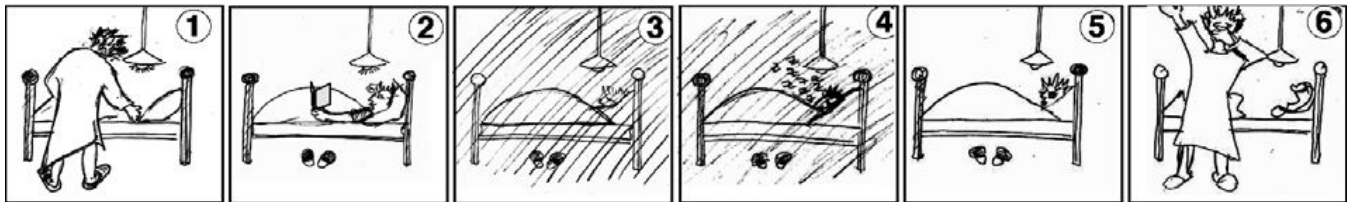
Fragebogen zum Chronotypus (MCTQ), Roenneberg et al. 2003

Bitte beantworten Sie einige Fragen zu Ihrem Tag-Nacht-Rhythmus

Ich gehe einer regelmäßigen Arbeit nach (schließt Hausfrau oder Hausmann ein):

- ja ich arbeite an 1 2 3 4 5 6 7 Tagen in der Woche.
- nein

Ist Ihre Antwort „Ja, an 7 Tagen“ oder „Nein“, dann überlegen Sie bitte, ob sich Ihre Schlafzeiten nicht dennoch an allgemeinen ‚Werktagen‘ und ‚Wochenenden‘ unterscheiden und beantworten die Fragen entsprechend.



Zeiten bitte anhand der 24 Stunden Skala angeben (z. B. 23.00 statt 11.00 abends)!

Arbeitstage

- Zeichnung 1: Ich gehe ins Bett um _____ Uhr.
- Zeichnung 2: Manche Menschen bleiben noch eine Weile wach, wenn sie im Bett liegen.
- Zeichnung 3: Ich bin bereit einzuschlafen um _____ Uhr.
- Zeichnung 4: Um einzuschlafen brauche ich _____ Minuten.
- Zeichnung 5: Ich wache um _____ Uhr auf.
- Zeichnung 6: Ich stehe auf nach _____ Minuten.

- Ich benutze einen Wecker an Arbeitstagen: ja nein
- Wenn „ja“: Ich wache regelmäßig VOR dem Weckerklingeln auf: ja nein

Freie Tage

- Zeichnung 1: Ich gehe ins Bett um _____ Uhr.
- Zeichnung 2: Manche Menschen bleiben noch eine Weile wach, wenn sie im Bett liegen.
- Zeichnung 3: Ich bin bereit einzuschlafen um _____ Uhr.
- Zeichnung 4: Um einzuschlafen brauche ich _____ Minuten.
- Zeichnung 5: Ich wache um _____ Uhr auf.
- Zeichnung 6: Ich stehe auf nach _____ Minuten.

- Meine Aufwachzeit (Zeichnung 5) wird durch einen Wecker bestimmt: ja nein

Aus bestimmten Gründen kann ich meine Schlafzeiten auch an freien Tagen nicht selbst bestimmen:

- ja Wenn „ja“: Kind(er)/Haustiere Hobbys Andere, zum Beispiel:

- nein

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	12 von 19

Selbsteinschätzung Frühtyp / Spättyp

Nach der Beantwortung der bisherigen Fragen haben Sie wahrscheinlich ein Gefühl dafür entwickelt, welchem „Chronotyp“ Sie angehören, also ob Sie eher ein Frühtyp (auch: Morgentyp, „Lerche“) oder ein Spättyp (auch: Abendtyp, „Nachtigall“) sind. Wenn Sie z.B. an freien Tagen stets länger schlafen als an Arbeitstagen und an Montagen (auch wenn Sie nicht ausgiebig gefeiert haben) besonders schwer aus dem Bett kommen, dann sind Sie eher ein Spättyp, wenn Sie allerdings schon nach dem Aufstehen voll einsatzfähig sind, abends aber lieber ins Bett als ins Konzert gehen, dann gehören Sie eher zum Frühtypus. In den folgen Fragen sollen Sie sich selbst und Ihre Familie einschätzen. **Bitte jeweils eine Möglichkeit auswählen!**

Bezeichnung der Kategorien:	extremer	Frühtyp	= 0
	moderater	Frühtyp	= 1
	leichter	Frühtyp	= 2
	Normaltyp		= 3
	leichter	Spättyp	= 4
	moderater	Spättyp	= 5
	extremer	Spättyp	= 6

Ich bin ein...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Ich war... als Kleinkind ein...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
... als Teenager ein...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Falls Sie älter als 65 Jahre sind:

In meiner Lebensmitte war ich ein ...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
---------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Meine Eltern sind/waren...

Mutter ...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Vater ...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Meine Geschwister sind/waren ...

Bruder/Schwester	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Bruder/Schwester	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Bruder/Schwester	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Bruder/Schwester	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Mein Partner (Freund/in, Ehepartner, Lebensgefährte, etc.) ist/war ...

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	13 von 19

Horne-Östberg Fragebogen zur Morgen-Abend-Typ-Bestimmung

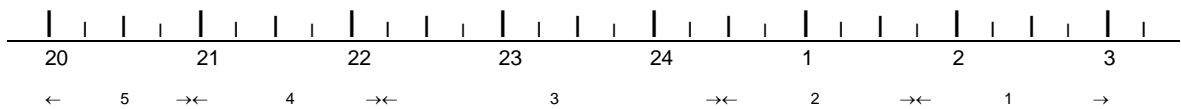
Es folgt ein weiterer Abschnitt, der Ihren „Chronotyp“ bestimmen soll. Dabei werden Sie auf einige Fragen stoßen, die Sie in ähnlicher Form bereits beantwortet haben. Bitte beantworten Sie die Fragen trotzdem. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch dann, wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind.

Beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Beantworten Sie die Fragen in diesem Abschnitt *so schnell wie möglich*. Es sind die ersten Reaktionen auf die Frage, die uns mehr interessieren als eine lange überlegte Antwort!

1. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie Ihren Tag völlig frei einteilen könnten, wann würden Sie dann aufstehen? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zeit an.



2. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie Ihren Abend völlig frei gestalten könnten, wann würden Sie dann zu Bett gehen? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zeit an.



3. Wie sehr sind Sie von Ihrem Wecker abhängig, wenn Sie morgens zu einer bestimmten Zeit aufstehen müssen?

- Überhaupt nicht abhängig 4
 Etwas abhängig 3
 Ziemlich abhängig 2
 Sehr abhängig 1

4. Wie leicht fällt es Ihnen üblicherweise morgens aufzustehen?

- Überhaupt nicht leicht 1
 Nicht sehr leicht 2
 Ziemlich leicht 3
 Sehr leicht 4

5. Wie wach fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- Überhaupt nicht wach 1
 Ein bisschen wach 2
 Ziemlich wach 3
 Sehr wach 4

6. Wie ist Ihr Appetit in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- Sehr gering 1
 Ziemlich gering 2
 Ziemlich gut 3
 Sehr gut 4

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	14 von 19

7. *Wie müde fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?*
- Sehr müde 1
Ziemlich müde 2
Ziemlich frisch 3
Sehr frisch 4
8. *Wenn Sie am folgenden Tag keinerlei Verpflichtungen haben, wann gehen Sie dann – verglichen mit der üblichen Schlafenszeit – zu Bett?*
- Selten oder nie später 4
Weniger als eine Stunde später 3
1 bis 2 Stunden später 2
Mehr als 2 Stunden später 1
9. *Sie haben beschlossen, sich körperlich zu betätigen. Ein Freund rät Ihnen, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren; für ihn sei die beste Zeit zwischen 8:00 und 9:00 Uhr. Vorausgehend von Ihrem eigenen Wohlbefinden, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein?*
- Ich wäre gut in Form 4
Ich wäre ziemlich in Form 3
Es wäre ziemlich schwierig für mich 2
Es wäre sehr schwierig für mich 1
10. *Um wie viel Uhr werden Sie abends müde und haben das Bedürfnis, schlafen zu gehen? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zeit an.*



11. *Sie möchten für einen 2-stündigen Test, von dem Sie wissen, dass er mental sehr beansprucht, in Bestform sein. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und wenn Sie Ihren Tag völlig frei einteilen könnten, welchen der 4 Testzeiträume würden Sie wählen?*
- 8:00 bis 10:00 Uhr 6
11:00 bis 13:00 Uhr 4
15:00 bis 17:00 Uhr 2
19:00 bis 21:00 Uhr 0
12. *Wenn Sie um 23:00 Uhr zu Bett gehen sollten, wie müde wären Sie dann?*
- Überhaupt nicht müde 0
Etwas müde 2
Ziemlich müde 3
Sehr müde 5
13. *Aus irgendeinem Grund sind Sie einige Stunden später als gewöhnlich zu Bett gegangen. Es besteht jedoch keine Notwendigkeit, am nächsten Morgen zu einer bestimmten Zeit aufzustehen. Welcher der folgenden Fälle wird bei Ihnen am ehesten eintreten?*
- Ich werde zur üblichen Zeit wach und schlafe nicht wieder ein. 4
Ich werde zur üblichen Zeit wach und döse danach noch ein wenig. 3
Ich werde zur üblichen Zeit wach, schlafe dann aber wieder ein. 2
Ich wache erst später als üblich auf. 1

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	15 von 19

14. In einer Nacht müssen Sie für eine Nachtwache zwischen 4:00 und 6:00 Uhr wach sein. Am darauffolgenden Tag haben Sie keine weiteren Verpflichtungen. Welche der nachfolgenden Alternativen sagt Ihnen am ehesten zu?

- Ich werde erst nach der Nachtwache zu Bett gehen. 1
- Ich werde vorher ein Nickerchen machen und nach der Nachtwache schlafen. 2
- Ich werde vorher richtig schlafen und hinterher noch ein Nickerchen machen. 3
- Ich werde nur vorher schlafen. 4

15. Sie müssen 2 Stunden körperlich schwer arbeiten und können sich Ihren Tag völlig frei einteilen. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge, welche der folgenden Zeiten würden Sie wählen?

- 8:00 bis 10:00 Uhr 4
- 11:00 bis 13:00 Uhr 3
- 15:00 bis 17:00 Uhr 2
- 19:00 bis 21:00 Uhr 1

16. Sie haben sich zu einem anstrengenden körperlichen Training entschlossen. Ein Freund rät Ihnen, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren. Für ihn sei die beste Zeit zwischen 22:00 und 23:00 Uhr. Ausgehend von Ihrem eigenen Wohlbefinden, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein?

- Ich wäre gut in Form 1
- Ich wäre ziemlich in Form 2
- Es wäre ziemlich schwierig für mich 3
- Es wäre sehr schwierig für mich 4

17. Angenommen, Sie können Ihre Arbeitszeit frei wählen und Ihre Arbeitszeit beträgt 5 Stunden pro Tag (einschließlich der Pausen), die Tätigkeit ist interessant und wird nach Erfolg bezahlt. Welche **fünf aufeinanderfolgenden Stunden** würden Sie wählen?

24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
←	1			→←	5			→← 4 →←		3			→←	2	→←					1					→

18. Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich Ihrer Meinung nach am besten? Kreuzen Sie bitte nur **eine Stunde** an.

24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
←		1			→←	5		→←	4	→←		3			→←	2				→←	1				→

19. Man spricht bei Menschen von Morgen- und Abendtypen. Zu welchem der folgenden Typen zählen Sie sich?

- Eindeutig Morgentyp 6
- Eher Morgen- als Abendtyp 4
- Eher Abend- als Morgentyp 2
- Eindeutig Abendtyp 0

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	16 von 19

Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ), Rosenthal et al. 1984, Kasper 1991 (dt.)

Es folgen Fragen zu Ihrem Befinden in Abhängigkeit von den Jahreszeiten

Wie viele Jahre haben Sie in dieser klimatischen Zone (Mitteleuropa) gelebt? _____ Jahre

Für die folgenden Fragen ist es wichtig, festzustellen, was Sie *an sich selbst* beobachtet haben und **nicht**, was Sie *bei anderen* bemerkt haben mögen.

In welchem Ausmaß verändern sich die folgenden Bereiche mit den Jahreszeiten?
(BITTE NUR EINEN KREIS PRO FRAGE AUSFÜLLEN)

	keine Veränderung	geringe Veränderung	mäßige Veränderung	deutlich ausgeprägte Veränderung	extrem ausgeprägte Veränderung
A. Schlaflänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Soziale Aktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Stimmung (allgemeines Wohlbefinden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Gewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei den folgenden Fragen bitte alle Kreise für die zutreffenden Monate ausfüllen. Dies kann entweder nur ein einzelner Monat, eine aufeinanderfolgende Reihe von Monaten oder eine beliebige andere Gruppierung von Monaten sein.

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Wann fühlen Sie sich ...	a	e	ä	p	a	u	u	u	e	k	o	e
	n	b	r	r	i	n	l	g	p	t	v	z
am besten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehmen Sie an Gewicht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
haben Sie am meisten soziale Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schlafen Sie am meisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
essen Sie am meisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehmen Sie an Gewicht ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
haben Sie am wenigsten soziale Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühlen Sie sich am schlechtesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
essen Sie am wenigsten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schlafen Sie am wenigsten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ODER

Bitte hier markieren, wenn kein bestimmter Monat
 (keine Reihe von bestimmten Monaten)
 regelmäßig herausragt

Wie viel schwankt Ihr Körpergewicht im Laufe des Jahres?

- 0 – 2 Kilo
- 2 – 3 Kilo
- 4 – 5 Kilo
- 5 – 6 Kilo
- 8 – 10 Kilo
- über 10 Kilo

Haben Sie in der Auswahl der Nahrungsmittel jahreszeitliche Unterschiede bemerkt?

- nein
- ja (bitte näher beschreiben): _____

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	17 von 19

Bitte benutzen Sie die unten aufgeführte Skala und geben Sie an, wie Sie sich bei verschiedenen Wetterbedingungen fühlen (nur eine Antwort pro Frage möglich).

- 3 = sehr schlecht oder ausgeprägt verlangsamt
- 2 = mäßig schlecht/verlangsamt
- 1 = geringgradig schlecht/verlangsamt
- 0 = kein Effekt
- + 1 = Stimmung oder Energie ist geringgradig verbessert
- + 2 = Stimmung oder Energie ist mäßig verbessert
- + 3 = Stimmung oder Energie ist deutlich verbessert

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Weiß ich nicht
kaltes Wetter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
heißes Wetter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
feuchtes Wetter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonnige Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trockene Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ODER <input type="radio"/>
graue, wolkenverhangene Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lange Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoher Pollengehalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tage mit Nebel oder Smog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kurze Tage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie viel Stunden schlafen Sie (ungefähr) in einer 24-Stunden-Zeitspanne in der angegebenen Jahreszeit (einschließlich Nickerchen)?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Mehr als 18 Stunden
Winter (21.12. – 20.03.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühjahr (21.03. – 20.06.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sommer (21.06. – 20.09.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herbst (21.09. – 20.12.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stellen die Veränderungen, die die verschiedenen Jahreszeiten mit sich bringen, ein Problem für Sie dar? nein ja

Wenn ja, ist dieses Problem gering mäßig deutlich schwer invalidisierend

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	18 von 19

Jetzt kommen wir noch einmal zu Ihrem Schlafproblem zurück:

Wie lange haben Sie Ihr Schlafproblem schon?

..... Jahre

Meine Schlafstörung zeigt sich für eine bestimmte Zeitdauer und wird immer wieder von Perioden ohne Schlafstörungen unterbrochen.

ja nein

Welche Hilfsmittel haben Sie bisher zum Schlafen benutzt (z.B. Schlaftees oder andere Getränke, autogenes Training, Bäder, Massagen, Medikamente)? Falls Sie Medikamente zum Einschlafen benutzt haben, bitte führen Sie im Folgenden die Namen, die Dosis, die Einnahmehäufigkeit und die Einnahmezeitdauer auf.

Falls Ihr Schlaf/Wachverhalten oder Ihre Schlafstörung bisher noch nicht genau genug erfasst wurde, beschreiben Sie bitte im Folgenden Ihr Problem! Worin sehen Sie persönlich die Ursache Ihrer Schlafstörung?

ENDE DES FRAGEBOGENS - VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN!

Erstellt / verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum / überprüft	Seite
Frau Dr. Grohme/ Ärztin	Herr Dr. Kunz/CA	2	14.11.2016	19 von 19