

Bitte nicht bekleben

Bitte verwenden Sie einen schwarzen Kugelschreiber, keinen Bleistift.

Patientenprotokoll Pneumologie

Betrifft die letzten 4 Wochen

- Erstuntersuchung Nachkontrolle
 Nächtliche Polygrafie Nächtliche Pulsoxymetrie

Name / Vorname

Beruf

Geburtsdatum

♂ ♀

1. Persönliche Angaben

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte alle aufzählen

Wann gehen Sie abends ins Bett?	_____	Uhr
Wieviele Minuten dauert es bis Sie abends einschlafen?	_____	min
Schlafen Sie allein im Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Partner bei Ihnen Atemstillstände bemerkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie Schlafmittel ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie aktuell?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl: _____	Jahre: _____
Wieviele Gläser Alkohol trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag?	Anzahl: _____	
Hatten Sie schon einen Unfall wegen Schläfrigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie nachts an Bewegungsunruhe in Beinen, Armen, Rücken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wie schwer waren Sie vor 1 Jahr?	_____	kg
Wie schwer waren Sie vor 5 Jahren?	_____	kg
Wie schwer sind Sie aktuell?	_____	kg
Wie gross sind Sie?	_____	cm
Wie gross ist Ihr Halsumfang?	_____	cm
Kennen Sie einen Grund für Ihre Schlafstörung? (z. B. körperliche / psychische Probleme, Lärm)	_____	

2. Fragen zur Tagesschläfrigkeit

Wie leicht würden Sie in folgenden Situationen einschlafen?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl, müde zu sein, sondern auch wirklich einzuschlafen. Die Fragen beziehen sich auf **die vergangenen vier Wochen**. Auch wenn Sie einige Tätigkeiten nicht ausführen, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten. Wählen Sie aus der vorgegebenen Skala die für die entsprechende Frage am ehesten zutreffende Zahl.

Punkteskala und Bedeutung

- 0 = würde nie einschlafen 2 = würde möglicherweise einschlafen
1 = würde kaum einschlafen 3 = würde mit grosser Wahrscheinlichkeit einschlafen

Beim Sitzen und Lesen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim Fernseh schauen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim Sitzen an öffentlichen Orten (z.B. Theater, Sitzung, Vortrag)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Als Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde ohne Halt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Abliegen am Nachmittag um auszuruhen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sitzen und mit jemandem sprechen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim ruhig Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Im Auto bei Stop vor einer Ampel während einigen Minuten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ESS Score (nicht ausfüllen)	_____	_____	_____	_____



3. Fragen zum Schlaf

Um Ihre Beschwerden weiter abklären zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie das zutreffende bei den Kästchen an. Die Fragen zum Schlafverhalten beziehen sich auf **die letzten vier Wochen**.

	nie	selten	ab und zu	oft	sehr oft
1. Sind Sie tagsüber müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schlafen Sie tagsüber spontan ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlafen Sie abends schlecht ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kommt es vor, dass Sie mitten in der Nacht aufwachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kommt es vor, dass Sie früher als gewöhnlich aufwachen, ohne wieder einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Müssen Sie nachts Wasser lösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Leiden Sie nachts unter folgenden Beschwerden?					
• Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hustenanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwierigkeiten durch die Nase zu atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angstträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schnarchen Sie?					
• nur in Rückenlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nach Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr oft	oft	ab und zu	selten	nie
11. Erwachen Sie morgens ausgeruht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aufzeichnung

	Datum	Zeit
Start der Aufzeichnung	_____	_____
Ende der Aufzeichnung	_____	_____
Beschwerden, aussergewöhnliche Aktivitäten	_____	_____

Um eine genaue Diagnose stellen zu können, halten Sie Ihre Beschwerden, aussergewöhnlichen Aktivitäten, Medikamente und Schlafphasen mit Datum und Zeit in diesem Patientenprotokoll fest.

Beschwerden

- Atemnot, Erstickungsgefühl, Wasserlösen
- Schwindel
- Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern
- Schmerzen: in der Brust, im Arm, im Nacken

Wichtig

- Start und Ende der Registrierung mit Datum und Zeit notieren
- Nasswerden des Recorders oder der Elektroden vermeiden
- Baden und Duschen unterlassen

An welchen Krankheiten leiden Sie? Auch behandelte Krankheiten und erfolgte Operationen angeben (Herz, Lungen, Magen, Darm, Leber, Niere, Unterleib, Nervensystem, Hirn, Psyche, Gelenke, Knochen, Muskel usw.)

Krankheit	Genauere Angaben	wann
Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Gefässkrankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Hirnschlag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Depression <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Operationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Andere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____