

Prof. em. Prof. Dr. med. habil. Karl Hecht
 Stress-, Schlaf-, Chrono-, Umwelt-, Raumfahrtmedizin
 Begründer des Schlaflabors an der Charité, 1983
 Mitglied der DGSM

Ambulantes Schlafzentrum
 Gäblerstraße 7
 D-13086 Berlin
 Tel.: 030 / 0171-8343539
 Fax: 030 / 92094816

Dr. sc. med. Hans-Peter Scherf
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Allergologie / Naturheilkunde

www.schlafzentrum-berlin.de
 e-mail: Dr.Scherf@schlafzentrum-berlin.de

Patienten-Nr.:

Name, Vorname _____

Geburtstag und Alter: _____

Straße Hausnummer, _____

Etage _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Symptom- und Anamneserhebung von Schlafstörungen (Insomnie)

Bitte kreuzen Sie alle grau unterlegten Felder die zutreffen an bzw. beantworten Sie die Fragen in Vorbereitung der Arztkonsultation.
 Die Angaben sollen sich im Wesentlichen auf die vergangenen 4-5 Wochen beziehen.

1. Zubettgehen?		20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	später 00:00
übliche regelmäßige Zeiten	An Werktagen						
	Sa, So, Feiertag						
Wenn unregelmäßig, zu welchen Zeiten?	An Werktagen						
	Sa, So, Feiertag						

2. Aufstehen?		05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	später 09:00
übliche Zeiten regelmäßig	An Werktagen						
	Sa, So, Feiertag						
Wenn unregelmäßig, wann? 2 extreme Zeiten angeben.	An Werktagen						
	Sa, So, Feiertag						
fällt Aufstehen schwer? ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>							
Erholungsgrad		sehr gut 1	gut 2	mäßig 3	nicht genügend 4	schlecht 5	sehr schlecht 6

3. Mittagsschlaf am Tage					
ja			nein		
Wenn ja, wie lange in Minuten?	<10	10-20	20-30	30-60	>60
	täglich		nur am Wochenende		
regelmäßig					
gelegentlich					
selten					

4. Wann ist Ihre Hauptmahlzeit am Tage?		morgens		mittags	abends
Wie viel Minuten vergehen zwischen Abendessen und Zubettgehen? Wenn unregelmäßig - 2 extreme Zeiten angeben.	15	30	60	90	>120
Stuhlgang	abends	morgens	Im Laufe des Tages	regelmäßig	unregelmäßig
Häufigkeit	1xpro Tag	2xpro Tag	>3xpro Tag	Jeden 2. Tag	Jeden 3. Tag und seltener

5. Form der Schlafstörungen		< 10 min	< 20 min	< 30 min	< 60 min	> 60 min		
5.1. Einschlafdauer (in der Regel)								
5.2. Durchschlaffähigkeit Kurzerwachen / Häufigkeit		1 – 3 mal	3 – 5 mal	5 – 10 mal	> 10 mal			
Langzeiterwachen		10–20 min	20 – 30 min	30 – 60 min	> 60 min			
5.3. Früherwachen		03:00	04:00	05:00	06:00			
5.4. Geamtschlafzeit		< 4 h	< 5 h	< 6 h	6-7 h	7-8 h	8-9 h	> 9 h

Legende: < weniger als
> mehr als

6. Symptome beim Wachsein während der Nachtschlafperiode	ja	manchmal	nein
Gedankenkreisen (produktiv)			
Grübeln (mehr negativ besetzt)			
Ärgern			
Angst			
Wut			
Wenn Angst- Grund?			
Anspannung			
innere Unruhe			
unruhiges Hin- und Herwälzen			
Herzrasen			
Schmerzen			
Atemstörungen			
Alpträume			
unruhige Beine			
Schnarchen			
Atemaussetzer			

7. Verlauf		1 Monat	3 Monate	6 Monate	
seit wann Schlafstörungen					
	1 Jahr	2 Jahre	> 3 Jahre	> 5 Jahre	> 10 Jahre

	ja	nein
gibt es Ursachen für die Schlafstörungen?		
Wenn ja, welche:		

		ja	nein
Sind die Schlafstörungen dauerhaft?			
zeitweilig periodisch?	werktags		
	Sa, So, feiertags		
zeitweilig unregelmäßig?			
selten?			

Bemerkungen	ja	manchmal	nein	Bemerkung
hellwach				
wach				
müde				
Schlafneigung				
Aktivität				
Motivation zur Tätigkeit				
antriebsarm / lustlos				
gestresst				
ausgebrannt				
erschöpft				
reizbar				
Krankheitsempfindlich				
depressiv				
körperlich fit				
geistig fit				
Gedächtnisproblem				
Konzentrationschwächen				

9. Lebensgeschichtliche Ereignisse Stehen die Schlafstörungen mit folgenden lebens- geschichtlichen Ereignissen in Verbindung?	ja	nein
Partnertrennung?		
Todesfälle?		
Kindheitsprobleme?		
Wenn ja, welche:		
Wohnortwechsel?		
Arbeitsplatzwechsel?		
Schulwechsel (bei Kindern und Jugendlichen)?		
Unfall?		
Operationen?		
Erkrankungen?		
Arbeitslosigkeit?		
Familienkonflikt?		
Arbeitskonflikt?		

10. Vordiagnostik

10.1. Wer hat die Diagnose Schlafstörung bei Ihnen gestellt? (Erstdiagnostik)	ja	nein
Hausarzt?		
Neurologe / Psychiater?		
Schlaflabor?		
Andere, Wer?:		

10.2. Genussmittel Alkohol (Wein, Bier,)	ja	nein	Wieviel? 1 Glas	2 – 3 Gläser	> 3 Gläser
täglich					
wöchentlich					
selten					
Kaffee	ja	nein	Wieviel? 1 Tasse	2 – 3 Tassen	> 3 Tassen
täglich					
wöchentlich					
selten					
Cola	ja	nein	Wieviel ? 1 Glas	2 – 3 Gläser	> 3 Gläser
täglich					
wöchentlich					
selten					
schwarzen oder grünen Tee	ja	nein	Wieviel 1 Glas	2 – 3 Gläser	> 3 Gläser
täglich					
wöchentlich					
selten					
Zigaretten oder Rauchware	ja		nein	< 20 Zig	> 20 Zig
täglich					
wöchentlich					
selten					
nicht					

Drogen	ja	nein	Dosis
täglich			
wöchentlich			
selten			
nicht			

11. Vorbehandlung
11.1. Selbstbehandlung seit, wann?
Womit?
Tagesdosis?
Welcher Effekt?

11.2. Nichtmedikamentöse Verfahren (Schlafhygiene)		
	ja	nein
Pflanzliche Mittel		
wenn ja, welches und seit wann?		
Welcher Effekt?		
	ja	nein
Psychotherapie		
wenn ja, welche?		
seit wann?		
welcher Effekt?		

Schlafmittel	ja	nein
wenn ja, welche?		
seit wann?		
welcher Effekt?		
Nebenwirkungen?		

Andere Medikamente (zur Komplettierung bringen Sie bitte Ihre Medikamente zur Arztkonsultation mit.)	ja	nein
Antihypertensiva		
Appetitszügler		
Cholesterinsenker		
Atemwegsarzneien		
Psychopharmaka		
- beruhigend		
- stimulierend		
Zytostatika		
Antidiabetika		
Diuretika		
Corticoide		
Kontrazeptiva		

	ja	nein
Mineralien		
wenn ja, welche?		
	ja	nein
Nahrungsergänzungsmittel		
wenn ja, welche?		
	ja	nein
Vitamine		
wenn ja, welche?		
Effekt?		

Wie ernähren Sie sich?

Mehr vegetarisch? (Mittelmeerkost)	
Mehr mitteleuropäische Kost mit viel Fleisch?	

	Pro Woche				täglich
Wie häufig Fleisch/Woche	0	1x	2x	≥3x	
Wie häufig Wurst/Woche	0	1x	2x	≥3x	
Wie häufig Fisch/Woche	0	1x	2x	≥3x	
Wie häufig Käse/Woche	0	1x	2x	≥3x	

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift: