

Fragebogen zum Schlafverhalten

Allgemeine Fragen zum Schlaf:

1. **Um wie viel Uhr legen Sie sich in der Regel zum Schlafen hin?**
☐ (Bitte Uhrzeit eintragen)
2. **Um wie viel Uhr stehen Sie in der Regel morgens auf?**
☐ (Bitte Uhrzeit eintragen)
3. **Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?**
☐ (Bitte Anzahl der Stunden eintragen)
4. **Wie lange brauchen Sie in der Regel, um einzuschlafen (in Minuten)?**
☐ (Bitte Anzahl der Minuten eintragen)

Schlafqualität:

5. **Haben Sie Schwierigkeiten, durchzuschlafen?**
☐ Ja
☐ Nein
6. **Wie häufig wachen Sie im Schnitt pro Nacht auf?**
☐ (Bitte Anzahl der Aufwachphasen eintragen)
7. **Als wie erholsam empfinden Sie eine durchschnittliche Nacht?**
☐ Überhaupt nicht erholsam
☐ Wenig erholsam
☐ Mittelmäßig erholsam
☐ Eher erholsam
☐ Komplett erholsam

Schnarchen und Atemaussetzer:

8. **Welche der folgenden Aussagen bezüglich Schnarchen trifft auf Sie zu?**
☐ Ich schnarche nicht.
☐ Ich schnarche eigentlich nur in bestimmten Situationen (z. B. nach Alkoholkonsum oder in Rückenlage).
☐ Ich schnarche in den meisten Nächten.
☐ Ich schnarche jede oder fast jede Nacht.
9. **Sagt Ihr Bettpartner, dass Sie Atemaussetzer während des Schlafes haben?**
☐ Ja
☐ Nein
(Falls möglich, bitte den Partner befragen.)

Beschwerden am Abend oder in der Nacht:

10. **Haben Sie abendliche oder nächtliche Missempfindungen (z. B. Kribbeln) in den Beinen?**

- ☐ Ja
☐ Nein

11. **Haben Sie abendliche oder nächtliche Bewegungsunruhe der Beine?**

- ☐ Ja
☐ Nein

Schlafgewohnheiten:

12. **Wie häufig nehmen Sie Schlafmittel ein?**

- ☐ Nie
☐ 1x pro Monat oder weniger
☐ 2 - 4x pro Monat
☐ 2 - 4x pro Woche
☐ Mehr als 4x pro Woche

Tagesbefinden:

13. **Wie häufig wachen Sie morgens unausgeschlafen oder gerädert auf?**

- ☐ Nie
☐ 1x pro Monat oder weniger
☐ 2 - 4x pro Monat
☐ 2 - 4x pro Woche
☐ Mehr als 4x pro Woche

14. **Wie häufig fühlen Sie sich tagsüber matt oder zerschlagen?**

- ☐ Nie
☐ 1x pro Monat oder weniger
☐ 2 - 4x pro Monat
☐ 2 - 4x pro Woche
☐ Mehr als 4x pro Woche

15. **Wie häufig leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?**

- ☐ Nie
☐ 1x pro Monat oder weniger
☐ 2 - 4x pro Monat
☐ 2 - 4x pro Woche
☐ Mehr als 4x pro Woche

Konzentration und Leistungsfähigkeit:

16. **Bitte entscheiden Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

(Antwortmöglichkeiten: Trifft überhaupt nicht zu – Trifft komplett zu)

- Ich habe häufig Probleme, mich zu konzentrieren.
- Ich fühle mich wenig belastbar.
- Ich habe Schwierigkeiten, mich zu motivieren.

