

M I F

Zutreffendes auf der Vorder- und Rückseite sorgfältig ausfüllen bzw. ankreuzen; wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte einen zusätzlichen Bogen bei.

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Tel: /

1. Arbeiten Sie heute oder arbeiteten Sie früher einmal Ja, von _____ bis _____
im Schichtdienst? Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihren Schichtrhythmus

.....
.....

2. Wann gehen Sie gewöhnlich ins Bett? in der Woche: Uhr
am Wochenende Uhr

3. Wann stehen Sie gewöhnlich auf? in der Woche: Uhr
am Wochenende Uhr

4. Wie lange brauchen Sie normalerweise um einzuschlafen? min.

5. Wie lange schlafen Sie gewöhnlich? min.

6. Werden Sie in der Nacht öfters wach? Ja,
wenn ja, mal (Anzahl) und min. (Dauer) Nein

7. Fällt es Ihnen schwer, dann wieder einzuschlafen? Ja,
 Nein

8. Werden Sie morgens normalerweise von selbst wach? Ja,
 Nein

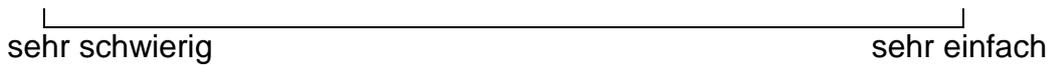
9. Glauben Sie, dass Sie normalerweise zu lange schlafen? Ja,
 Nein

10. Glauben Sie, dass Sie normalerweise zu wenig schlafen? Ja,
 Nein

11. Kreuzen Sie bitte im Folgenden die jeweils zutreffende Tagesbefindlichkeit an entsprechenden Tageszeitpunkten an:

	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends
ausgeruht					
abgeschlagen					
müde					
schläfrig					

12. Wie schwierig ist es für Sie am Morgen aufzustehen?



13. Wie viele Nickerchen machen Sie am Tage?

..... mal am Tag

Wie lange schlafen Sie dann durchschnittlich?

..... min. durchschnittlich

14. Fühlen Sie sich nach einem Nickerchen ausgeruht?

- Gelegentlich,
- Ja
- Nein

15. Was tun Sie selbst gegen Ihre Schlafstörungen? (falls Sie Medikamente oder andere Mittel nehmen, bitte Name und Dosierung angeben)

.....

16. Beschreiben Sie bitte Ihre Hauptbeschwerden und deren Auswirkung am Tage und in der Nacht.

.....

17. Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Gründe Ihrer Beschwerden?

.....
