



Deutsches Zentrum für Erholbares Schlafen

Störungsanalyse Erholamer Schlaf (SES)

© Walter Jankowski

An <u>Deutsches Zentrum für Erholbares Schlafen</u> z. Hd. Herrn Walter Jankowski Theaterplatz 1 45127 Essen	Kunden Name _____ Kunden Anschrift _____ _____ Kunden Telefon _____ _____
--	---

Die Analyse von Schlafgewohnheiten, subjektiv empfundenen und objektiv vorhandenen Störfaktoren, individuellen Verhaltensweisen und Eigenschaften bietet die Chance, zu einem erholbaren Schlafverhalten zu finden, das dem persönlichen Schlafbedürfnis entspricht.

Ihre Antworten sollten möglichst genau alles rund um Ihr Schlafen beschreiben, was während der letzten vier Wochen geschehen ist. Bitte beantworten Sie jede Frage und machen Sie ggf. auch Ergänzungen.

Ihre Angaben werden **absolut vertraulich** behandelt.

Diesen Bogen habe ich erhalten bei: _____ _____ _____	☐ wurde bereits bezahlt (Unterschrift Ausgabestelle) ☐ muss noch bezahlt werden (69 €)
1. Um wie viel Uhr ca. sind Sie während der letzten vier Wochen abends üblicherweise zu Bett gegangen?	☐ Zwischen 20.00 und 21.00 ☐ Zwischen 21.00 und 22.00 ☐ Zwischen 22.00 und 23.00 ☐ Zwischen 23.00 und Mitternacht ☐ Nach Mitternacht
2. Wie lange haben Sie während der letzten vier Wochen abends wachgelegen, bis Sie eingeschlafen sind?	☐ Bis 5 Minuten ☐ Bis 15 Minuten ☐ Bis 30 Minuten ☐ Bis 45 Minuten ☐ Länger als 45 Minuten
3. Lesen Sie vor dem Einschlafen?	☐ Ja ☐ Nein
4. Schlafen Sie mit Musik ein?	☐ Ja ☐ Nein
5. Steht ein Fernsehgerät in Ihrem Schlafraum?	☐ Ja ☐ Nein
6. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen morgens üblicherweise aufgestanden?	☐ Vor 5.00 ☐ Zwischen 5.00 und 6.00 ☐ Zwischen 6.00 und 7.00 ☐ Zwischen 7.00 und 8.00 ☐ Nach 8.00
7. Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht schätzungsweise geschlafen? (Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die Sie im Bett verbracht haben.)	☐ 2-3 Stunden ☐ 3-4 Stunden ☐ 5-6 Stunden ☐ 6-7 Stunden ☐ Mehr als 7 Stunden
8. Wie lange hat während der letzten 4 Wochen gewöhnlich Ihr Mittagsschlaf gedauert?	☐ höchstens ½ Stunde ☐ höchstens 1 Stunde ☐ länger als 1 Stunde ☐ Ich mache nur selten einen Mittagsschlaf ☐ Ich mache nie einen Mittagsschlaf



Deutsches Zentrum für Erholbares Schlafen Störungsanalyse Erholbarer Schlaf (SES)

© Walter Jankowski

9. Wie oft	
a) ... sind Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht?	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
b) ... mußten Sie aufstehen, 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
b1) Wenn Sie nachts zur Toilette müssen, wie oft?	☐ 1-2 x ☐ 3-5 x ☐ öfter als 5 x ☐ ganz unterschiedlich
c) ... hatten Sie Beschwerden beim Atmen?	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
d) ... mußten Sie husten ?	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
e) ...haben Sie laut geschnarcht?	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
f) ... weil mein Bettpartner mich wegen meines Schnarchens geweckt hat	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

10. Wie oft haben Sie schlecht geschlafen, 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
a) Welche Art von Schmerzen war dies?	☐ Wirbelsäule/Gelenke ☐ Kopf ☐ Brustkorb ☐ Bauch/Blase
b) Welche Medikamente nehmen Sie gegen die Schmerzen	1..... 2..... 3..... 4.....
c) Woher bekommen Sie die Medikamente?	1. Vom Facharzt für..... 2. Aus der Apotheke 3. Die sind im Haus
d) Wie oft nehmen Sie die Medikamente?	1. Regelmäßig seit..... 2. Nur bei Bedarf



Deutsches Zentrum für Erholbares Schlafen

Störungsanalyse Erholbarer Schlaf (SES)

© Walter Jankowski

11. Welche anderen Gründe haben Erholbares Schlafen verhindert? Beschreiben Sie die Gründe. Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesen Gründen schlecht schlafen?	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
12. Wann am Abend essen Sie das Letzte?	☐ Unmittelbar vor dem Schlafengehen ☐ Spätestens eine Stunde vor dem Schlafengehen ☐ Spätestens zwei Stunden vor dem Schlafengehen ☐ Spätestens drei Stunden vor dem Schlafengehen
13. Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein
a) Wann am Abend rauchen Sie die letzte Zigarette?	☐ Unmittelbar vor dem Schlafengehen ☐ Spätestens eine Stunde vor dem Schlafengehen
b) Stehen Sie nachts auf, um zu rauchen?	☐ ja ☐ nein
c) Wann rauchen Sie die erste Zigarette des Tages?	☐ Unmittelbar nach dem Aufstehen ☐ Spätestens eine Stunde nach dem Aufstehen ☐ Später als eine Stunde nach dem Aufstehen
d) Wieviel Zigaretten rauchen Sie?	☐ Bis 10 ☐ Bis 20 ☐ Mehr als 20
e) Rauchen Sie Pfeife oder Zigarre?	☐ Pfeife, bis zu.....täglich ☐ Zigarre, bis zu.....täglich
14. Wieviel Alkohol trinken Sie vor dem Schlafengehen?	☐ Bier, ca..... ☐ Wein, ca..... ☐ Spirituosen, ca..... ☐ Keinen Alkohol
a) Wie oft trinken Sie Alkohol?	☐ täglich ☐ mehrmals wöchentlich, ca..... ☐ mehrmals monatlich, ca..... ☐ noch seltener oder nie

15. 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
16. Wegen welcher der genannten Probleme sind Sie schon ein oder mehrere Male ärztlich behandelt worden?	☐ Herz-/Kreislauf ☐ Vegetative Dystonie ☐ Depressionen ☐ Magenbeschwerden
17. Welche dieser Eigenschaften kennen Sie von sich?	☐ Hoher Leistungsanspruch ☐ Ungeduld ☐ Genauigkeit, Pünktlichkeit ☐ Keine dieser Eigenschaften ist besonders stark ausgeprägt
18. Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen tagsüber Mühe, nicht einzuschlafen, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei der Arbeit?	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
19. Konnten Sie während der letzten vier Wochen den Alltag mit genügend Schwung bewältigen?	☐ Ja, überhaupt keine Probleme ☐ Ganz gut, mit wenigen Problemen ☐ Ich habe häufig Probleme ☐ Dazu bin ich nicht in der Lage



Deutsches Zentrum für Erholbares Schlafen Störungsanalyse Erholamer Schlaf (SES)

© Walter Jankowski

20. 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
21. 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
d) Zähneknirschen	☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht ☐ Weniger als einmal pro Woche ☐ Einmal oder zweimal pro Woche ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche
e) 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
f) oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes	Und zwar....



Deutsches Zentrum für Erholbares Schlafen Störungsanalyse Erholbarer Schlaf (SES)

© Walter Jankowski

Angaben zur Person	
a) Alter	
b) Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich
c) Körpergröße	
d) Körpergewicht	
Lebensunterhalt	☐ Schüler/Student(in) ☐ Angestellte(r) ☐ Arbeiter(in) ☐ selbständig ☐ Rentner(in) ☐ arbeitslos/ Hausfrau(mann)
Wie ist Ihre Umgebung (Innerhalb und außerhalb der Wohnung)?	☐ absolut ruhig ☐ nur nachts einigermaßen ruhig ☐ Lebhaft ☐ Laut
Welche Probleme belasten Sie?	☐ Familiäre Probleme ☐ Berufliche Probleme ☐ Finanzielle Probleme ☐ Keine Probleme ☐ Andere, nämlich
Betätigen Sie sich körperlich?	
Betreiben Sie Sport?	
Haben Sie einen festen Alltagsrhythmus?	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus?	
Wann haben Sie erstmalig Schlafstörungen festgestellt?	
Sind Sie deshalb schon einmal behandelt worden?	
Wenn ja, wo und wie lange?	

Das Deutsche Zentrum für Erholbares Schlafen versteht sich als die Schaltzentrale eines Netzwerkes, in dem der Gesamtkomplex Schlafstörungen multidisziplinär und ganzheitlich betrachtet und aktivierend behandelt wird. Soweit die Störungen nach ICD 10 klassifizierbar sind, handelt es sich um

- G 47 (Schlafstörungen)
- F 51(nichtorganische Schlafstörungen), nach ICDS um die Gruppen
- 1B der extrinsischen Dyssomnien (inadäquate Schlafhygiene, Gebrauch von Sucht- und Genussmitteln, Einnahme von Pharmaka etc.),
- 1C der extrinsischen Dyssomnien (Störungen des zirkadianen [Schlaf-] Rhythmus wie Zeitonenwechsel [Jetlag], Schlafstörungen bei Schichtarbeit etc.)
- und die Untergruppen
- 3B und 3 C (Sekundäre Schlafstörungen bei neurologischen und internistischen Erkrankungen).

Das **Kompetenznetzwerk** umfaßt die fachlichen Disziplinen

Somnologie · Schmerzmedizin · Suchtmedizin · Pneumologie · Zahnmedizin · HNO · Ernährungsmedizin · Psychotherapie · Soziotherapie · Physiotherapie und kann damit auf alle Fragestellungen angemessen eingehen.