**Checkliste Erstuntersuchung**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenversicherung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen oder einkreisen:**

Familienstand:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ledig | Verheiratet | Geschieden | Verwitwet | Kinder |

Ausbildung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wohnung | Haus | Kinder, Ehepartner etc. |

Schichtarbeit:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja | Nein | Nachtarbeit |

Arbeitszeiten: von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lösungsmittelkontakt: ja \_\_\_ nein \_\_\_\_

Hatten Sie schon Arbeitsunfälle: ja \_\_\_ nein \_\_\_\_

Warum kommen Sie zur Untersuchung ins Schlaflabor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Ihre Umgebung hat Sie aufmerksam gemacht:

-> bei der Arbeit: \_\_ Konzentrationsschwäche \_\_ zunehmende Gereiztheit

\_\_ weniger Leistung \_\_ Einschlafen in manchen Situationen

\_\_ Sie haben sich insgesamt verändert

-> zu Hause: \_\_ Ihr Partner hält Ihr Schnarchen nicht aus

\_\_ Ihr Partner hat Atempausen bemerkt und macht sich Sorgen.

\_\_ Sie sind gereizt \_\_ Das Sexualleben hat sich verändert

\_\_ Ihr Wesen hat sich verändert

In der Freizeit: \_\_ Sie haben weniger Initiative bzw. Unternehmungslust

\_\_ Sie können mit anderen nicht mithalten.

Sie haben mit Ihrem Arzt gesprochen über:

\_\_ Schnarchen \_\_ Tagesmüdigkeit \_\_ Abgeschlagenheit

\_\_ Einschlafneigung \_\_Unlust oder Antriebsschwäche

\_\_ Kopfschmerzen am Morgen \_\_ Sekundenschlafepisoden

In welcher Verfassung befinden Sie sich?

Sie fühlen sich: \_wohl \_unwohl \_müde \_überfordert

\_Sie haben Übergewicht \_Sie leiden unter Ihrem Übergewicht

Sie leiden unter Ihrem Zustand:

\_ körperlich \_ seelisch \_ beides

Wie lange leiden Sie bereits unter diesen Beschwerden?

\_ weniger als ein Jahr \_ein Jahr \_ bis fünf Jahre \_ fünf bis zehn Jahre

**Fragen zu Vorerkrankungen (bitte einkreisen)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sind Allergien bekannt?** | Ja / Nein |
| Gegen welche Stoffe ? |  |
| Mit welchen Beschwerden?  z.B. Heuschnupfen, Asthma, Hautjucken, andere |  |
| Auch gegen Medikamente?  Gegen welche ? | Ja / Nein |
| Hoher Blutdruck | Ja / Nein wann? |
| Erkrankung der Herzkranzgefäße | Ja / Nein wann? |
| Herzleistungsschwäche | Ja / Nein wann? |
| Herzrhythmusstörungen | Ja / Nein wann? |
| Herzinfarkt | Ja / Nein wann? |
| Diabetes / Zuckerkrankheit | Ja / Nein wann? |
| Blutfettwerte/Cholesterinerhöhung/  Harnsäureerhöhung | Ja / Nein wann? |
| Lungenerkrankung | Ja / Nein wann? |
| Chronische Bronchitis/Asthma/Emphysem | Ja / Nein wann? |
| Schilddrüsenerkrankungen | Ja / Nein wann? |
| Nervenärztliche Erkrankungen | Ja / Nein wann? |
| Durchgemachter Schlaganfall | Ja / Nein wann? |
| Schädel-Hirnverletzung | Ja / Nein wann? |
| Frühere künstliche Beatmung | Ja / Nein wann? |
| Operationen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich | Ja / Nein wann? |
| Nierenerkrankungen | Ja / Nein wann? |
| Wirbelsäulenleiden | Ja / Nein wann? |
| Alkohol | Ja / Nein wie viel ? |
| Zigaretten | Ja / Nein wie viel pro Tag ? |
| Kaffee | Ja / Nein wie viel ? |
| Tee | Ja / Nein wie viel ? |
| Sonstige Vorerkrankungen oder Operationen: | Ja / Nein wann, welche? |
| Welche Medikamente nehmen Sie ein? | -  -  -  -  - |

Wie war Ihr Schlafrhythmus in den letzten 4 Wochen?

-Wann gehen Sie meist zu Bett? Vor Arbeitstagen? -> \_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Vor freien Tagen? -> \_\_\_\_\_\_\_ Uhr

-Womit beschäftigen Sie sich abends meist in den letzten beiden Stunden bevor Sie zu Bett gehen? \_\_ TV , \_\_ lesen , \_\_ essen , oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Wie schnell schlafen Sie ein, wenn Sie das Licht löschen? \_\_\_\_\_\_\_\_ min

-In wie vielen Nächten dauert es länger? \_\_\_\_ mal/Woche , \_\_\_\_ mal/Monat

-Wie lange brauchen Sie dann um einzuschlafen? \_\_\_\_\_\_\_min

-Wie oft wachen Sie bewusst auf bis zum aufstehen? \_\_\_\_\_\_\_\_ mal

-Wie oft zum Wasserlassen? \_\_\_\_\_\_mal

-Wie lange dauert es dann, bis Sie wieder einschlafen können? \_\_\_\_\_\_ min

-Liegen Sie im Schlaf \_\_\_ eher ruhig , \_\_\_\_ eher unruhig?

-Wann stehen Sie üblicherweise auf? An Arbeitstagen? -> \_\_\_\_\_\_ Uhr

An freien Tagen? -> \_\_\_\_\_\_ Uhr

-Haben Sie dann in diesem Moment das Gefühl, dass Ihr Schlaf erholsam war?

\_\_\_ Ja, \_\_\_ Nein

-Erwachen Sie \_\_ spontan , \_\_ mit Wecker ?

-Wachen Sie früher als geplant auf und können nicht mehr weiterschlafen?

\_\_\_ selten oder \_\_\_\_\_\_ mal/Woche , \_\_\_ täglich

-Sie sind morgens gleich beim Aufstehen: \_\_ausgeruht \_\_fit \_\_nicht ausgeruht \_\_müde \_\_zerschlagen \_\_kaputt \_\_gerädert \_\_ausgeglichen \_\_unausgeglichen \_\_niedergeschlagen

**---------------------------------------------------------------------------------------**

**(Bitte einkreisen)**

Spüren Sie im Tagesverlauf Müdigkeit? Ja / Nein

Spüren Sie Lustlosigkeit oder Antriebsverlust? Ja / Nein

Oder verschwindet dies, wenn Sie aktiv sind? Ja / Nein

Kommt es vor, dass Sie in eintönigen Situationen (fast) einnicken, ohne, dass Sie dies verhindern können? Ja / Nein

Können Sie sich auch auf ruhige oder langweilige Tätigkeiten konzentrieren?Ja / Nein

Brauchen Sie beim Autofahren mehr Kraft um konzentriert zu sein? Ja / Nein

Machen Sie bei Autobahnfahrten Pausen, um kurz zu schlafen? Ja / Nein

Gibt es im Berufsleben Situationen, in denen Sie ein Einnicken nicht immer ganz verhindern können? Ja / Nein

Haben Sie manchmal Angst vor Situationen, in denen Ihr Konzentrationsvermögen überfordert ist? Ja / Nein

Bessert sich Ihre Tagesmüdigkeit deutlich, wenn Sie Urlaub machen oder frei haben?

\_\_\_\_ besser , \_\_\_\_ schlechter , \_\_\_\_\_ egal

Fühlen Sie sich altersentsprechend leistungsfähig (körperlich, geistig)?

\_\_ leistungsfähig, \_\_ nicht so leistungsfähig

------------------------------------------------------------------------------------------------  
ESS

0 = würde niemals einnicken 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation: | Wahrscheinlichkeit einzunicken | | | |
| 1. Im Sitzen lesend | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Beim Fernsehen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzend (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Als Beifahrer im Auto nach einer Stunde ohne Pause | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dr. med. Jörg Abel  Facharzt für Innere Medizin  Dr. med. Britta Zühlke  Fachärztin für Innere Medizin  Hausärztliche Versorgung  Schlafmedizin | F:\Abel\A&Z Logo.JPG | Rochusstr. 190  53123 Bonn  Tel: 0228 – 62 24 57  Fax: 0228 – 79 75 49  mail:info@dr-joerg-abel.de |

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pat.-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und

Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten

oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die

betreffenden sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten.

Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen

verwenden.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

             Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung

            erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern,

            bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese  Informationen nur zum Zwecke

            der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

             Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt/Somnologe mich an regelmäßig wiederkehrende Termine, wie z. B. Gesundheits-Checkups, Untersuchungen im Rahmen von DMP, Impfungen, Vorsorge, Hautkrebsscreening, CPAP/APAP/BIPAP Kontrollen etc. erinnert – Recall.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich mit meinem Namen in der Praxis aufgerufen werden darf.

.....................................................

Ort, Datum

.....................................................                                                 .............................................

Unterschrift des Patienten                                                                                 Unterschrift des Arztes

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Jameda Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.

Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

⬜Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten. ⬜Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen.

Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

Unterschrift Pat. Nr.: