

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

Sehr geehrte/r Studieninteressent/in,

auf den folgenden Seiten finden Sie den Eignungsfragebogen zu unserer Studie „Gesunder Schlaf durch innere Ordnung“.

Bitte füllen Sie den Fragebogen zunächst vollständig aus. Danach können Sie diesen entweder

(a) als PDF-Datei speichern (Datei, - speichern unter, Dateiname und Format eingeben) und per Email, oder

(b) ausdrucken und per Post an die Ludwig-Maximilians-Universität München schicken:

**Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung (IBE),
Medizinische Klimatologie / Versorgungsforschung Kurortmedizin,
Ludwig-Maximilians-Universität München**

Marchioninstr. 17

81377 München

Fax. 0 89 / 21 80 78 230

Email: studie.fuessen@med.lmu.de

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne auch telefonisch an uns wenden:

Studienkoordination

Dipl. Sportökonom Dieter Frisch

Telefon: 0 89 / 21 80 78 214

Dr. Marita Stier-Jarmer

Telefon: 0 89 / 21 80 78 227

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

Sehr geehrte Studieninteressentin, sehr geehrter Studieninteressent,

Voraussetzung für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie ist in der Regel vorab die Abklärung verschiedener Ein- und Ausschlusskriterien.

Bitte beantworten Sie deshalb, ggf. mit Hilfe Ihres Arztes, **alle** untenstehenden Fragen und haben Sie Verständnis dafür, dass wir erst nach der Auswertung dieses Fragebogens verbindlich über Ihre Studienteilnahme entscheiden können.

A. Schlafqualität

1. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...	
a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?	<input type="checkbox"/> Während der letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?	<input type="checkbox"/> Während der letzten vier Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
2. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Ziemlich gut <input type="checkbox"/> Ziemlich schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht

3. Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen tagsüber	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a) ... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
b) ... müde?	1	2	3	4	5	6

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

B. Schlafstörungen – mögliche Ursachen

4. Wodurch wird Ihr Schlaf gestört? Bitte teilen Sie uns mit, welche der folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

a) Ich werde durch **Missempfindungen in den Beinen** (Kribbeln oder Ziehen verbunden mit Bewegungsdrang) am Schlafen gehindert. ja nein

b) Mein Schlaf wird durch **Schmerzen** beeinträchtigt. ja nein

c) Mein Schlaf wird durch andere **körperliche Beschwerden** beeinträchtigt. ja nein

Falls ja, welche Beschwerden sind das? _____

d) Meine Schlafstörung ist durch eine **körperliche Krankheit** verursacht, die jetzt immer noch andauert. ja nein

Falls ja, welche Krankheit ist das? _____

e) Sonstige Gründe: _____ ja nein

5. Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)? ja nein

6. Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)? ja nein

7. Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen? ja nein

8. Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt? ja nein

9. Haben Sie eine Kragenweite (gemessen um den Kehlkopf) ja nein
Bei Männern: von 43 cm oder mehr?
Bei Frauen: von 41 cm oder mehr?

10. Haben Sie oft Kopfschmerzen beim Aufwachen? ja nein

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

C. Tagesschläfrigkeit

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

12. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie **tagsüber** in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, sich also nicht nur müde fühlen?

Situation:	würde niemals einnicken	Wahrscheinlichkeit einzunicken		
		gering	mittel	hoch
a) Im Sitzen lesend	①	②	③	④
b) Beim Fernsehen	①	②	③	④
c) Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	①	②	③	④
d) Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	①	②	③	④
e) Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	①	②	③	④
f) Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	①	②	③	④
g) Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	①	②	③	④
h) Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	①	②	③	④

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

D. Medikamenten- und Alkoholkonsum

13. Nehmen Sie **regelmäßig** Schlafmittel ein?

- ja nein

Falls ja, welche und wie oft?

-
- täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche oder seltener

14. Welche **anderen Medikamente** nehmen Sie **regelmäßig**?

(Falls der Platz hier nicht ausreicht, notieren Sie bitte weitere Medikamente ggf. auf einem gesonderten Blatt.)

- keine

_____ Wie oft? _____

_____ Wie oft? _____

_____ Wie oft? _____

15. Im Folgenden werden Sie nach Ihren **Trinkgewohnheiten** gefragt.

Als Mengeneinheit wird hier von „Standarddrink“ gesprochen. Ein Standarddrink entspricht 1 Glas bzw. 1 Dose (0,3 l) Bier oder 1 Glas (1/8 l) Wein/Sekt oder 1 Schnaps (mit ca. 40% Alkoholgehalt, z.B. Korn, Rum, Weinbrand oder ähnliches).

a) Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	Nie	1 mal im Monat oder seltener	2-4 mal im Monat	2-3 mal pro Woche	4 mal oder öfters pro Woche
b) Wie viele Standarddrinks* trinken Sie an einem Tag, an welchem Sie alkoholische Getränke konsumieren?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
c) Wie häufig trinken Sie 6 oder mehr Standarddrinks* an einem einzigen Anlass?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	täglich oder fast täglich

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

E. Fragen zur Person

Ihr Alter: _____ Jahre

Ihre Größe: _____ cm

Ihr Gewicht: _____ kg

Sind Sie berufstätig? ja nein

Arbeiten Sie im Schichtdienst? ja nein

Sind Sie Mitglied der Barmer GEK? ja nein

Haben Sie in den letzten 3 Jahren eine dreiwöchige Kur in einem Kurort in Anspruch genommen? ja nein

Waren Sie in den vergangenen drei Monaten wegen psychischer Probleme in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Sind Sie derzeit wegen Ihrer Schlafstörung in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

F. Termine

In den folgenden Zeiträumen ist für mich eine Teilnahme an dem dreiwöchigen Präventionsprogramm in Füßen im Allgäu möglich.

Bitte kreuzen Sie möglichst alle Termine an, die für Sie infrage kommen. In Ihrer Auswahl müssen mindestens ein Frühjahrstermin und ein Herbsttermin enthalten sein.

a) im Frühjahr 2017 05.03.2017 – 26.03.2017

b) im Herbst 2017 24.09.2017 - 15.10.2017

Studie „Gesunder Schlaf durch Innere Ordnung“ - Füßen

Eignungsfragebogen

Bitte teilen Sie uns nun noch mit, wie wir Sie erreichen können:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail:

Telefon für Rückfragen (tagsüber erreichbar)

Festnetz:

Mobil:

***Vielen Dank, dass Sie sich Zeit
für die Fragen genommen haben!***