

**Zustimmung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten**  
**Schlaflabor Pavillon Leopold, 2. Stock**

Stand  
01/2025

Ich, \_\_\_\_\_ (Name)

bin einverstanden, dass (soweit notwendig) an

✓ Firmen für Respiratoren/Sauerstofftherapie (Medizintechnik)  
sowie an den/die

✓ zuweisende\*n Ärzt\*in bzw Station/Abteilung/Spital

folgende Daten über mich übermittelt werden:<sup>1</sup>

- Vorname/Nachname
- Soz.Versicherungsnummer
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefonnummer
- Schlaflaborreport/Brief bzw ho erhobene/r Befund/e

Die Übermittlung der Daten erfolgt wiederkehrend zu folgendem Zweck:

Verordnung bzw. Weiterverordnung von notwendigen (indizierten) Therapien

Diese Zustimmung kann ich schriftlich ohne Begründung jederzeit widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

<sup>1</sup> Taxative Aufzählung der Datenanwendung und Datenarten

## Patient\*inneninformation

### Verkehrstüchtigkeit und obstruktives Schlafapnoesyndrom

#### Sehr geehrte\*r Patient\*in!

Gemäß § 12b des Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung ist folgendes zur Kenntnis zu nehmen:

Bei dem Verdacht auf ein mittelgradiges bis höhergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (Apnoe/Hypopnoe-Index  $\geq 15$  pro Stunde) mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit (Epworth Sleepiness Scale  $\geq 10$ ) besteht keine Eignung für das Lenken eines Kraftfahrzeugs.

Voraussetzung für die Eignung ist in diesem Fall die wirksame und konsequent umgesetzte Behandlung, die mittels schlaf-medizinischer Untersuchung (Polygraphie oder Polysomnographie) bestätigt wird. Zusätzlich muss die Behandlung nachweislich konsequent umgesetzt werden und eine Besserung der Tageschläfrigkeit vorliegen.

Ich habe die Information zum Thema Verkehrstüchtigkeit und obstruktives Schlafapnoesyndrom gelesen und zur Kenntnis genommen.

.....  
Datum

.....  
Klebeetikette Patient\*in

.....  
Unterschrift Patient\*in

## Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Datum: .....

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

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

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken**
- 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③ ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	
Summe	

## **Patient\*inneninformation zum Fragebogen auf der nächsten Seite**

### **Das Restless-Legs-Syndrom (RLS)**

Das **Restless-Legs-Syndrom** zählt zu den schlafbezogenen Bewegungsstörungen. Es wird auch **RLS** oder Syndrom der unruhigen Beine bezeichnet. Typische Anzeichen sind **Bewegungsdrang der Beine**, sobald man sich ausruht oder schlafen geht. Dazu kommen **unangenehme Missempfindungen der Beine**, meist der Unterschenkel, zum Beispiel **Kribbeln, Brennen, Ziehen**, etc.. Der Leidensdruck der Betroffenen kann mitunter sehr hoch sein. Fragebögen wie der hier ausgegebene **IRLS** dienen zum **Abfragen der Beschwerden, wenn** diese vorhanden sind.

### **Welche Symptome können auftreten?**

Die schlafbezogenen Bewegungsstörungen zeigen sich durch **tageszeitabhängige Symptome**, die vor allem **abends und in der Nacht** sowie meist beim Liegen auftreten. In seltenen Fällen betrifft der Bewegungsdrang die Arme.

Das Restless-Legs-Syndrom ist zudem gekennzeichnet durch Bewegungsdrang (der Beine), der:

- **oft zusammen mit Gefühlsstörungen oder Schmerzen in den Beinen einhergeht,**
- **nur bei Ruhe und Entspannung auftritt,**
- **sich durch Bewegung verbessert bzw. aufhört.**

Das RLS steht in Zusammenhang mit Bewegungsunruhe und Schlafstörungen. In einer Schlaflaboruntersuchung kann sich das RLS durch häufige nächtliche Beinbewegungen äußern. Der Schlaf der betroffenen Person kann dadurch stark gestört sein. Eine Besserung der Beschwerden kann durch Bewegung oder durch Reize wie Abreiben der Beine oder Kälte (kaltes Wasser) erreicht werden. Auch die Behandlung einer auslösenden Grunderkrankung (zB Eisenmangel) kann zu einer Besserung führen. Die weitere Behandlung und Abklärung erfolgt typischerweise durch einen **Facharzt\*in für Neurologie**.

Quelle Stand 07/2024:

<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/schlafstoerungen/restless-legs-syndrom.html>

**Beurteilungsbogen zum Restless Legs Syndrom**  
International RLS Severity Scale (IRLS)

**Bitte Schätzen Sie in den folgenden Fragen den Schweregrad Ihrer Beschwerden ein In der letzten Woche ...**

Name/Klebeetikette

(1) Wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen einschätzen?

sehr       ziemlich       mäßig       leicht       nicht vorhanden

(2) Wie stark würden Sie Ihren Drang einschätzen, sich wegen Ihrer RLS-Beschwerden bewegen zu müssen?

sehr       ziemlich       mäßig       leicht       nicht vorhanden

(3) Wie sehr wurden die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen durch Bewegung gelindert?

überhaupt nicht       ein wenig       mäßig       vollständig oder fast vollständig  
 Es mussten keine RLS-Beschwerden gelindert werden.

(4) Wie sehr wurde Ihr Schlaf durch Ihre RLS-Beschwerden gestört?

sehr       ziemlich       mäßig       leicht       überhaupt nicht

(5) Wie müde oder schläfrig waren Sie tagsüber wegen Ihrer RLS-Beschwerden?

sehr       ziemlich       mäßig       ein wenig       überhaupt nicht

(6) Wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?

sehr       ziemlich       mäßig       leicht       nicht vorhanden

(7) Wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?

sehr oft (das heißt an 6–7 Tagen in der Woche)  
 oft (das heißt an 4–5 Tagen in der Woche)  
 manchmal (das heißt an 2–3 Tagen in der Woche)  
 selten (das heißt an 1 Tag in der Woche)  
 überhaupt nicht

(8) Wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?

sehr (das heißt an 8 Stunden oder mehr an einem 24-Stunden-Tag)  
 ziemlich (das heißt an 3–8 Stunden an einem 24-Stunden-Tag)  
 mäßig (das heißt an 1–3 Stunden an einem 24-Stunden-Tag)  
 leicht (das heißt an weniger als 1 Stunde an einem 24-Stunden-Tag)  
 nicht vorhanden

(9) Wie sehr haben sich Ihre RLS-Beschwerden auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren Alltagstätigkeiten nachzugehen, z. B. ein zufriedenstellendes Familien-, Privat-, Schul- oder Arbeitsleben zu führen?

sehr       ziemlich       mäßig       leicht       überhaupt nicht

(10) Wie stark haben Ihre RLS-Beschwerden Ihre Stimmung beeinträchtigt, waren Sie z. B. wütend, niedergeschlagen, traurig, ängstlich oder gereizt?

sehr       ziemlich       mäßig       leicht       überhaupt nicht

# Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar *nur während der letzten vier Wochen*. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

übliche Uhrzeit:

2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten:

3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

übliche Uhrzeit:

4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?

(Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

5. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

c) ... weil Sie aufstehen mußten, 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

d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

e) ... weil Sie husten mußten oder laut geschnarcht haben?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

f) ... weil Ihnen zu kalt war?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

g) ... weil Ihnen zu warm war?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

h) ... weil Sie schlecht geträumt hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

i) ... 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

j) ... aus anderen Gründen?

Bitte beschreiben:

Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

**6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?**

- Sehr gut
- Ziemlich gut
- Ziemlich schlecht
- Sehr schlecht

7. **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

8. **Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?**

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

9. **Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?**

- Keine Probleme
- Kaum Probleme
- Etwas Probleme
- Große Probleme

10. **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

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) 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

e) Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes

Bitte beschreiben:

---

Machen Sie bitte noch folgende Angaben zu Ihrer Person:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Körpergröße: .....

Gewicht:.....

Geschlecht:  weiblich  
 männlich

Beruf:  
 Schüler/Student(in)  
 Arbeiter(in)

Rentner(in)  
 selbständig  
 Angestellte(r)  
 arbeitslos/ Hausfrau(mann)

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

<b>Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert \_\_\_\_\_ = Addition \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
der Spaltensummen

