

# Fragebogen zur HRV-Analyse

Messinformationen (wird bevorzugt vom Betreuer ausgefüllt)

Messbeginn (z. B. 22.01.2014, 13.45 Uhr)

Messgerät-ID (z. B. FB130105)

Zuständiger Betreuer / Arzt

Bitte tragen Sie hier Ihre subjektiv empfundene geistige und körperliche Belastung sowie Ihr Befinden zu den jeweiligen Tagesabschnitten ein.

**Beispiel:** Sie hatten eine schwierige Präsentation am Vormittag. Diese war für Sie geistig anstrengend. Allerdings fühlten Sie sich dabei kompetent und gut vorbereitet, was sich positiv auf Ihr Befinden auswirkte:

## Tagesabschnitt

Subjektive **Belastung**

sehr schwer bis sehr leicht

Subjektives **Befinden**

sehr schwer bis sehr leicht

Vormittag

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

Die Tagesabschnitte beziehen sich auf den **Zeitraum der Messung**. Wird die Messung beispielsweise am Nachmittag gestartet, bezieht sich der Abschnitt „Vormittag“ auf den Vormittag des Folgetages.

Vormittag

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

Mittag

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

Nachmittag

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

Abend

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

2 Stunden vor dem Schlafengehen

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

Schlaf/Nachtruhe

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

2 Stunden nach dem Aufstehen

①--②--③--④--⑤--⑥

①--②--③--④--⑤--⑥

## Fragen zur Nacht (bitte unbedingt notieren)

Zeitpunkt Schlafengehen

Zeitpunkt Aufstehen

Subjektives **Befinden**

sehr schwer bis sehr leicht

Wie gut konnten Sie einschlafen?

①--②--③--④--⑤--⑥

Wie gut konnten Sie durchschlafen?

①--②--③--④--⑤--⑥

Wie erholt fühlten Sie sich beim Aufstehen?

①--②--③--④--⑤--⑥

Haben Sie vor dem Schlafengehen Beruhigungsmittel eingenommen?

nein  ja, welche:

## Leiden Sie grundsätzlich unter einer oder mehreren der folgenden Probleme in der Nacht?

schnarchen  unruhige Beine  Apnoe (Atemaussetzer)  weitere:

## Ergänzende Fragen zur HRV-Analyse

### Fragen zur Anamnese

Bitte markieren Sie rechts, wie häufig folgende Beschwerden in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind.

#### Häufigkeit

nie bis fast immer

Appetitlosigkeit, Magen-, Verdauungsbeschwerden	①--②--③--④--⑤
Hörprobleme (Rauschen, Pfeifen, ...)	①--②--③--④--⑤
Probleme mit dem Wasserlassen	①--②--③--④--⑤
Kopfschmerzen	①--②--③--④--⑤
Probleme mit der Atmung? (Atemnot, Hustenreiz, ...)	①--②--③--④--⑤
Probleme mit der Haut? (Ausschläge, Rötungen, ...)	①--②--③--④--⑤
Gelenk- oder Gliederschmerzen	①--②--③--④--⑤
Rücken- oder Kreuzschmerzen	①--②--③--④--⑤
Nacken- oder Schulterschmerzen	①--②--③--④--⑤
Probleme mit den Augen (Brennen, Rötung, Jucken, Tränen der Augen)	①--②--③--④--⑤

### Medizinische Hilfsmittel und Implantate

Bitte kreuzen Sie an, welche der medizinischen Hilfsmittel und Implantate Sie verwenden:

Hörgerät (implantiert)  beidseitig  Herzschrittmacher  Insulinpumpe (implantiert)  
 Hörgerät (im Ohr, nicht implantiert)  beidseitig  Insulinpumpe (am Körper)  Zahnersatz

### Zahnmedizinische Fragen

Wie viele Amalgam-Füllungen haben Sie im Mund?	Anzahl:	<input type="checkbox"/> weiss ich nicht
Wie lange ca. sind Amalgam-Füllungen schon in Ihrem Mund?	Jahre:	<input type="checkbox"/> weiss ich nicht
Wie viel wurzelbehandelte Zähne befinden sich in Ihrem Mund?	Anzahl:	<input type="checkbox"/> weiss ich nicht
Wie viele Implantate befinden sich in Ihrem Mund?	Anzahl:	<input type="checkbox"/> weiss ich nicht
Wie viele Füllungen haben Sie insgesamt (ca.)?	Anzahl:	<input type="checkbox"/> weiss ich nicht
Wie viele Zähne (einschließlich Weisheitszähne) wurden Ihnen bereits entfernt? ( <u>keine</u> Milchzähne)	Anzahl:	<input type="checkbox"/> weiss ich nicht

