

Wurden Schimmelspuren im Bett festgestellt?
Bett Schrank Wände Matratze

Aus welchem Material besteht Ihre Matratze?
Federkern PU-Schaum Kaltschaum
Gel Syntheselatex Naturkautschuk Viscoschaum

Art des Bettes:
Boxspringbett Wasserbett Polsterbett
Unten offen Unten geschlossen Metallfrei
Naturholz Spanplatte Metallbett

Art des Lattenrostes:
Leisten Teller
Alter: _____ Jahre mit Motor
Metall Kunststoff Holz
Fest Verstellbarer Metallbeschlag

Wurde Ihr Schlafplatz schon einmal untersucht?
auf Störzonen Elektrosmog
Schlafen Sie in Schräglage?

Wurde Ihr Schlaf schon einmal aufgezeichnet (Schlaflabor)?
Ja

Wann _____

Sonstiges _____

Raumanalyse

Zustand des Schlafraumes:
kühl
feucht
trocken
Luftfeuchtigkeit in %.....
Hygrometer vorhanden
sonstiges

Beschaffenheit des Bodens:
Dielen – Parkett
versiegelt
Kork
Teppich
Fliesen
Laminat
sonstiges

Beschaffenheit der Wände:
Tapeten
Holzwände
sonstiges
Putz
Gardinen

WOHNGESUND

– Schlafberatung –
Kirchplatz 1
97769 Bad Brückenau
Tel. 09741-727

Elektrische Situation
Radiowecker
Fernsehgerät
Lampen
Dimmer
Sonstiges _____

Sind die Fenster nachts offen?
Ja
Nein
gekippt

Situationen unter / neben dem
Schlafraum _____

Geräte hinter der Schlafraum-
wand
Keller (Standort der Heizung)

Bad (Standort) _____

Name/Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Öffnungszeiten:
Mo – Fr 9.30 – 18 Uhr
Sa 9.30 – 13 Uhr
www.wohn-gesund.com



Wer besser schläft hat mehr vom Leben

Schlaf-Check – Fragebogen zum Schlafverhalten

Guter Schlaf ist ein Grundbedürfnis nahezu aller Lebewesen. Schlechter Schlaf führt innerhalb kurzer Zeit zu gravierenden gesundheitlichen Störungen (Burn Out, Depressionen, Herz-, Kreislauf-, Magen-Darm-Erkrankungen uvm.) Es gibt viele Ursachen, warum man nicht mehr erholsam schläft. Beispielsweise:

- **die falsche Schlafunterlage** (führt zu Rücken- u. Gelenkproblemen und verursacht zusätzlich Schlafstörungen mit all ihren Folgen)
- **gestörter Schlafplatz** (Wasserader, Erdverwerfungen, Magnetfeldstörungen)
- **schlechtes Raumklima** (Schimmelpilze, Feuchte, statische Aufladungen)
- **Chemikalien in der Raumluft** (Weichmacher, Formaldehyd etc.)
- **Elektrosmog** (Mobilfunk, WLAN, Haus-Elektrik usw.)

Erfahren Sie mehr über die Hintergründe in unserem nächsten Schlafseminar. Termine finden Sie unter www.wohn-gesund.com oder telefonisch unter 09741 - 727.

Unser „Schlaf-Check“-Fragebogen wurde dazu entwickelt, gezielt die Ursachen einer Schlafstörung zu ermitteln.

Die Auswertung des Fragebogens bildet die Basis für eine individuelle, persönliche Beratung zur Verbesserung Ihrer Schlafqualität.

Vereinbaren Sie einen Beratungstermin unter **Tel. 09741 727** und bringen Sie den ausgefüllten „Schlaf-Check“-Fragebogen mit zu Ihrer persönlichen Schlafberatung.



Sind Sie abends vor dem Zubettgehen müde?

Ja sehr Ja Nein Eher wach

Regelmäßige Zubettgehzeit _____ Uhr

Einschlafzeit

Sofort 10 Minuten 30 Minuten 45 Minuten

Durchschnittliche Schlafzeit pro Nacht _____ Stunden

Schlafen Sie durch?

Ja Nein

Gelegentliches Aufwachen

Wachzeit ca. _____ Stunden

Schlafen Sie dann schnell wieder ein?

Ja Nein

Wälzen und drehen Sie sich in der Nacht häufig herum?

Gründe: _____

Gründe für schlechten Schlaf

Bettnachbar (Schnarchen)

Schmerzen Schulter Arme Hüfte Beine Hals/Nacken

Schlafplatz Stress falsche Matratze

Sonstiges _____

Beginn der Schlafstörung _____

Wachen Sie mit trockenem Mund auf?

Schnarchen Sie laut?

Dauernd Manchmal

Morgendliche Aufwachzeit um _____ Uhr

Zu früh Genau richtig Ich wache schwer auf

Wann fühlen Sie sich morgens munter?

Sofort Nach 10 Minuten Nach dem Frühstück

Mittags Bin tagsüber fit

Bin mittags sehr müde Bin häufiger tagsüber müde

Schlafe tagsüber oft schnell ein

Könnte schon um zehn oder elf morgens wieder einschlafen

Können Sie ohne Koffein bis mittags optimal funktionieren? ja nein

Sekundenschlaf beim Autofahren

Schwitzen Sie im Schlaf?

Stark Weniger Frieren Sie?

Raumtemperatur ca. _____ Grad

Welche Bettdecken benutzen Sie? _____

Welches Kopfkissen benutzen Sie? _____

Stehen Sie am Morgen mit Rückenschmerzen auf?

Nehmen Sie Schlafmittel? Welche? _____

Träumen Sie viel?

Sind Sie Schichtarbeiter?

Wie viel Wasser (Quellwasserqualität ohne Kohlensäure) trinken Sie

pro Tag? _____ Liter

Wie schlafen Sie bevorzugt?

Rückenlage Seitenlage Bauchlage alle

Gesundheitliche Einschränkungen:

HWS Schnarchen mit Schlaf-Apnoe

LWS Restless-Legs-Syndrom

Schulter Narkolepsie

Hüfte Geschwollene Beine

Vorfall Rheuma

LW Blutdruck niedrig

HW Blutdruck hoch

Hohlkreuz Depressionen

Rundrücken Reflux

Skoliose Spannungskopfschmerz am Morgen

Beckenschiefstand

Arthrose Migräne

Osteoporose Sonstige

Sind Sie Hausstaub-Allergiker?

Asthmatiker Allergisch gegen _____

Körperlicher Zustand:

Sportlich Mittel Unsportlich

Ausreichend Bewegung (Schritte pro Tag) _____

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Wie lange schlafen Sie schon auf Ihrer Matratze?

_____ Jahre

Ist Ihre Matratze

Hart

Mittel

Weich