

## Schlaf Anamnese :

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

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

### Schulmedizinische Diagnose falls vorhanden:

---

---

**WASSER**Konsum pro Tag in Liter: \_\_\_\_\_ **Wasserart:** \_\_\_\_\_

**Symptome:** (regelmäßig d.h. mind. 2x p. Woche)

### Tagsüber:

Kopfschmerzen

Sehstörungen

Tinnitus

Konzentrationsschwäche

Morgendliches „Gerädertsein“

morgendliche Gesichtsschwellungen . Wenn ja wo : \_\_\_\_\_

Probleme wach zu werden

Müdigkeit / Energieverlust /Erschöpfung

Burn out

Kalte Hände

Kalte Füße

Krampfadern

Hausstauballergien

Hautkrankheiten

Haarausfall

Hexenschuß

sonst. Rückenprobleme

Depressionen

Herzkreislaufprobleme

Entgiftungsprobleme (Leber, Lymphe,Blasenschwäche,..)

Taube, kribbelnde Gliedmaßen

Verspannungen Hals/Nacken/Schulter

Muskelabbau

Adipositas

Hormonstörungen

Allergien. \_\_\_\_\_

Libidoprobleme

Ängste

Sonst \_\_\_\_\_

**Nachts: Schlafbeginn:** \_\_\_\_\_ **Uhr / Aufstehen:** \_\_\_\_\_ **Uhr**

Schlafdauer : \_\_\_\_\_

Einschlafstörungen

Kopfschmerzen, druck

Häufige Wachphasen: wie oft , wie lange: \_\_\_\_\_

Grübeln

unruhiger Schlaf. Wenn ja : wie ? : \_\_\_\_\_

Schnarchen

Apnoe falls ja, 0 SL ? 0 CPAP ?

Kopfschmerzen

Tinnitus/ Pochen im Ohr

Couchschlaf: Dauer : \_\_\_\_\_

Kalte Hände

Kalte Füße

- 0 Frieren
  - 0 Schwitzen (wahrnehmbar)
  - 0 Hexenschuß
  - 0 sonst. Rückenprobleme
  - 0 sonst. Schmerzen: \_\_\_\_\_
  - 0 Alpträume
  - 0 Ängste
  - 0 Herzkreislaufprobleme 0 Herzrasen 0 Rhythmusstörungen 0 Schlaganfall
  - 0 Bettnässen
  - 0 Bettflucht (Schlafwandeln)
  - 0 WC Gang . Häufigkeit : \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_
  - 0 Bruxismus (Zähneknirschen)
  - 0 Restless legs
  - 0 Taube, kribbelnde , eingeschlafene Gliedmaßen
  - 0 Verspannungen Hals/Nacken/Schulter
  - 0 Leichter/nervöser Schlaf
  - 0 Allergische Reaktionen: \_\_\_\_\_
  - 0 Atemprobleme, Reizhusten
  - 0 Juckreiz
  - 0 Paranormale Phänomene: \_\_\_\_\_
  
  - Schlafkinetik (Lage des Körpers) \_\_\_\_\_
- 

Auffälligkeiten im Sprachgebrauch: (bspw. Fühle mich wie gerädert, erschlagen, im Sarg, mir wird die Luft genommen o.ä.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schlafplatz:** 0 Baubiologe \_\_\_ 0 Geomant \_\_\_\_\_ 0 Feng Shui \_\_\_\_\_

Licht: \_\_\_\_\_

Sauerstoff Versorgung: \_\_\_\_\_

Lärm /Geruchsbelastung: \_\_\_\_\_

Temp: \_\_\_\_\_ Feuchte: \_\_\_\_\_

Möbliering, Ausstattung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Körpernahe Gegenstände am Bett: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bodenbelag: \_\_\_\_\_

Wand: \_\_\_\_\_

BettPosition (u.a. Kopfseite Nachbarwand, Außenwand, Badezimmer,...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Matratze: Art: \_\_\_\_\_ Maße: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Lattenrost: Art: \_\_\_\_\_ Maße: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Oberbett: Art: \_\_\_\_\_ Maße: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Kissen: Art: \_\_\_\_\_ Maße: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Bettrahmen: \_\_\_\_\_

0 Heizdecke, 0 Abschirmdecke, 0 Matratzenschoner, 0 sonst. \_\_\_\_\_

Abschirmgeräte im Haus, Raum : o.ä.: \_\_\_\_\_

Sonst.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Messtechnik: Falls bereits gemessen 0 Baubiologe 0 Geobiologe 0 Geomant  
Wann: \_\_\_\_\_**

EWf: \_\_\_\_\_

MWF: \_\_\_\_\_

MGF: \_\_\_\_\_

Gamma: \_\_\_\_\_

Radon: \_\_\_\_\_

HF & Quelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CO2: \_\_\_\_\_

Raum/Wandfeuchte: \_\_\_\_\_

Toxik.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geopathie(Wasser, Netze, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonst.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige Empfehlungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_