

Nachname*		Vorname*	
Straße, Hausnummer*		Telefon	
PLZ, Ort*		Email-Adresse*	

* Angaben unbedingt erforderlich

Hinweis zum Datenschutz: Wir behandeln selbstverständlich alle Angaben vertraulich. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben. Zur Auswertung ist die Erfassung per elektronischer Datenverarbeitung notwendig. Wenn Sie damit und mit der Speicherung der Daten nicht einverstanden sind, können wir für Sie keine Auswertung vornehmen.

Bitte haben Sie Verständnis: Aufgrund der hohen Anzahl täglich eingehender Analyse-Bögen können wir Ihnen die Auswertung nur per Email zukommen lassen! Ohne Angabe Ihrer Email-Adresse können wir daher keine Auswertung vornehmen.

Teil 1: Persönliche Daten und medizinische Eigenheiten

Körpergröße _____ cm

Alter _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Wie schätzen Sie sich selbst ein: untrainiert normale Kondition gute Kondition sportlich

Blutdruck niedrig normal hoch
bei niedrigem/hohem Blutdruck in ärztlicher Behandlung: ja nein

Magendruck / Sodbrennen niedrig normal hoch
Anmerkungen möglich: _____

Reflux-Problematik: ja nein

Bein- bzw. Venenprobleme: ja nein
verbunden mit Durchblutungsstörungen: ja nein
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____

Kalte Füße: nie selten gelegentlich häufig ständig

Wirbelsäulenschäden: nein
 gelegentliche Rückenschmerzen
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____
 häufige Rückenschmerzen
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____
 ständige Rückenschmerzen
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____

in welchem Bereich des der Wirbelsäule: Nacken Brust Lenden
Mehrfachnennung möglich!

Gelenkprobleme in: Schulter Arm Hüfte Knie Sprunggelenk
Beschreibung: _____
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____

Rheumatische Probleme ja nein
in: Schulter Arm Hüfte Knie Sprunggelenk
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____

Asthmabeschwerden ja nein
oder andere Lungen- bzw.
Atmungsprobleme Beschreibung: _____
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____

Allergien ja nein
Art: _____
in ärztlicher Behandlung ja nein
falls ja, Diagnose: _____

Weitere bekannte Probleme / Störungen:

falls in ärztlicher Behandlung, bitte Diagnose angeben:

Teil 2: Schlafgewohnheiten

Dreh-Verhalten: ruhig normal häufiges Drehen und Wenden extrem unruhig

Schlafposition Rücken
Mehrfachnennung möglich! Seitenlage
 Bauchlage
 Seitenlagen-Bauchlagen-Kombination („Embryonalstellung“)

Schlafhygiene: normal
 empfindlich - Bett muss penibel sauber sein

Temperaturempfinden (im Bett) normal, weder extremes Frieren, noch Schwitzen
Mehrfachnennung möglich! gelegentliches Schwitzen, i.d.R. bei hohen Außentemperaturen,
 häufiges Schwitzen
 ständiges Schwitzen

 gelegentliches Frieren, i.d.R. bei kalten Außentemperaturen,
 häufiges Frieren
 ständiges Frieren

- Schlafklima:**
Mehrfachnennung möglich!
- Stoßlüften (vor bzw. nach der Schlafperiode)
 - Dauerlüften (während der Schlafperiode)
 - unbeheizt, auch im Winter
 - beheizt bei extrem niedrigen Außentemperaturen
 - ständig beheizt in den Herbst- und Wintermonaten

Anmerkungen: _____

- Aktuelle Zudecke – Sommer:**
- leicht, eher kühl
 - normale Sommerdecke
 - wärmere Decke
 - sehr warme Zudecke

- Winter:**
- leicht, eher kühl
 - normale Sommerdecke
 - wärmere Decke
 - sehr warme Zudecke

Wären Sie bereit, die Zudecken zur Verbesserung des Schlafklimas zu wechseln?

- ja nein

- Aktuelle Matratze:**
- Federkern: weich mittel fest
- Latex: weich mittel fest
- Schaumstoff: weich mittel fest

Teil 3: Ihr Schlafzimmer

- Größe in qm:** _____ ca.-Angaben sind völlig ausreichend!
- nur Schlafzimmer (Bett, Nachttisch, Kommode)
 - Schlaf- und gleichzeitig Ankleidezimmer (Bett, Kleiderschrank, Nachttisch)

- Fußboden:**
- Teppichboden
 - Fliesen
 - Parkett
 - Laminat
 - Kork
 - Sonstiges: _____

- Luffeuchtigkeit:** niedrig normal hoch

Ihr Bettgestell: Größe _____ x _____ hier bitte das Innenmaß (Matratzenmaß) des Bettgestells angeben!

- Bettart:**
- Stollenbett (auf 4 Füßen, unten offen)
 - Stollenbett (mit geschlossenem Fuß- und Kopfteil, offener Seite)
 - Kastenbett (rundum geschlossen, mit Belüftungsschlitzen)
 - Kastenbett (rundum geschlossen, ohne Belüftung)