


SCHLAF-FRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen*, um Ihnen eine individuelle Empfehlung für Ihr persönlich richtiges Schlafsystem geben zu können.

*Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen

Vorname	Name
Straße	PLZ, Ort
Telefon	

Daten zur Person

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Frau	
Körpergewicht (in kg)	Alter		
Körpergröße (in cm)	Körperkontur <input type="checkbox"/> breite Schultern <input type="checkbox"/> breites Becken		
Meßdaten (in cm) Schulter LWS Becken			

Vorhandenes Schlafsystem

Bettgröße (in cm)	Matratzenart:	<input type="checkbox"/> Federkern	<input type="checkbox"/> sonstiges	
		<input type="checkbox"/> Kaltschaum		
Festigkeit der Matratze:	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> mittelfest	<input type="checkbox"/> fest	
Lattenrost:	<input type="checkbox"/> starr	<input type="checkbox"/> verstellbar	<input type="checkbox"/> sonstiges	
Kopfkissengröße (in cm)	Kopfkissenart	Das Bett hat einen Bettkasten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Schlafrum

Ich schlafe bei geöffnetem Fenster:	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal (Winter)
Ich habe die Heizung an:	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal
Ich lüfte regelmäßig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Schlafverhalten

Ich wechsele die Schlafposition:	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> kaum
Ich schlafe überwiegend auf:	<input type="checkbox"/> der Seite	<input type="checkbox"/> dem Rücken	<input type="checkbox"/> dem Bauch

Besonderheiten

Ich friere schnell:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich neige zum Schwitzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich fühle mich morgens nicht ausgeschlafen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich kann abends nicht einschlafen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich wache nachts häufig auf:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe nachts Rückenschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe morgens Rückenschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Nacken-/Schulterverspannungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Meine Gliedmaßen schlafen nachts ein:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Schmerzen in der Hüfte:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Migräne:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Ischias-Beschwerden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Meine Haut ist sehr druckempfindlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe hohen Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Venen-Probleme :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Magenprobleme (z.B. Sodbrennen):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Probleme mit der Wirbelsäule:	<input type="checkbox"/> Nacken (HWS)	<input type="checkbox"/> Brust (BWS)	<input type="checkbox"/> Lenden (LWS)
Ich habe Gelenkprobleme (z. B. Arthrose):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe rheumatische Probleme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Asthma:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Allergien :	<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Hausstaub	<input type="checkbox"/> Latex
	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="text"/>	
Sonstiges :	<input type="text"/>		