

Fragen zur Ermittlung der aktuellen Schlafsituation für eine Betten- und Liegediagnose mit Empfehlung für ein optimales Bettssystem

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Email

Seitheriges Bett:

Bettengröße Bett mit Bettkasten 0 ja 0 nein

Alter der Matratze Festigkeit 0 soft 0 mittel 0 fest

Matratzentyp 0 Latex 0 Schaum 0 Federkern 0 Taschenfederkern 0

Alter des Lattenrostes Verstellung 0 ja 0 nein mit Motor 0 ja 0 nein

Kopfkissen 0 dick und prall 0 mittel 0 niedrig 0 hart 0 weich

Zudecke 0 Daunen/Federn 0 Naturhaar 0 Synthetik Größe

Körperstatik - Liege- und Schlafgewohnheiten - Schlafqualität

Körpergröße Körpergewicht ca. Hohlkreuz 0 ja 0 mittel 0 stark Rundrücken 0 ja 0 nein

Hüfte/Becken 0 breit 0 schmal Schultern 0 breit 0 schmal

0 Seitenschläfer 0 Bauchschläfer 0 Rückenschläfer Verhältnis

Beschwerden - Schlafqualität

Arthrosen 0 Schulter 0 Hüfte 0 Knie 0 ILS Muskuläre Dysbalancen

Druckempfindlichkeiten 0 normal 0 mittel 0 stark Myalgie 0

Neuralgische Punkte und Beschwerden 0 HWS 0 BWS 0 LWS

0 Skoliose 0 Rheumatische Erkrankungen

0 Protrusion 0 Prolaps 0 Stenose Sonstiges

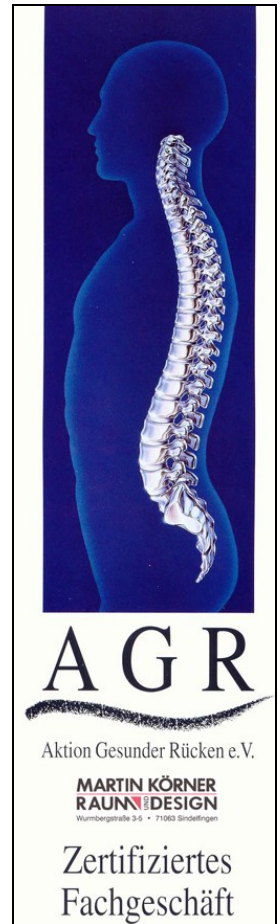
0 Verspannungen 0 Kopfschmerzen 0 Migräne 0 Schwindel

0 Parästhesien 0 Parese Sonstige Erkrankungen

0 Scharchen 0 Schlafapnoe 0 CPAP 0 RLS 0 COPD 0 CFS

0 Allergien 0 Reflux 0 KHK 0 Atmung 0 Asthma 0 Hypertonie 0 Ein- oder 0 Durchschlafstörungen

Schlafqualität 0 gut 0 mittel 0 schlecht Schlafmotorik 0 ruhig 0 unruhig Schlafdauer ca.



Schlafklima - Schlafräum

Schlafraumtemperatur Klimabedarf frieren normal schwitzen
 Elektrogeräte im Schlafzimmer Spiegel Sonstiges

Berufliche Anforderungen

sitzend stehend beides leichte mittlere schwere Tätigkeit
 Schichtarbeit Nacharbeit Berufsbild

Persönliche Anforderungen und Wünsche an die neue Bettausstattung

sehr guter Liegekomfort Sitzkomfort selbstregulierende Anpassung
 einfache Handhabung frei aufstellbar klimaregulierend orthopädisch zertifiziert
 leichtes Matratzengewicht allergikergerecht

Morgendliche Beschwerden nach dem Aufwachen

HWS BWS LWS Nacken Schulter Hüfte Knie

Platz für weitere Fragen und Anliegen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum Unterschrift

Hinweis

Unser Fragebogen dient zur Ermittlung Ihrer persönlichen Anforderungen. Alle Angaben werden nur zu diesem Zweck und absolut vertraulich behandelt. Wenn Sie in medizinischer Behandlung sind und nicht alle Fragen beantworten können, legen Sie unseren Fragebogen Ihrem Arzt oder Therapeuten zur Ergänzung vor.

