


# 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		

## Schlafraum

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 :	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	

Hiermit bestätige ich die o.g. Angaben

**X**

Datum und Unterschrift des Kunden

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und die Inhalte des Anamnesebogens gespeichert werden.

Die Adressdaten dürfen für eigene Werbe- und Marketingzwecke verwendet werden. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte für Werbezwecke.

Der Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten zu Marketingzwecken kann jederzeit durch eine formlose Mitteilung widersprochen werden.