

Informationen zum Aufenthalt im Schlaflabor

Unser Schlaflabor besitzt 4 Einzelzimmer, um ihre Schlaf- und Atmungsfunktionen zu messen. Die für die Messung erforderlichen Elektroden werden so geklebt, dass ihre Nachtruhe möglichst nicht beeinträchtigt wird und ein uneingeschränktes Bewegen möglich ist.

Ihr Schlafverhalten wird mit einer Infrarotkamera videoüberwacht. Dieses Bildmaterial ist nur Mitarbeiter*innen des Schlaflabors zugänglich, unterliegt dem Datenschutz und wird nach der Auswertung gelöscht.

Über die Patient*innenrufanlage können Sie jederzeit mit der diensthabenden Pflegeperson in Kontakt treten.

Welche Vorbereitungen müssen Sie treffen?

- Haare und Haut sollen bitte frei von Pflegeprodukten sein:
 - kein Haarspray
 - kein Haargel
 - keine fetthaltigen Gesichtscremen
 - kein Make-up und keinen Nagellack
- Bei starker Brustbehaarung bitte die Brust rasieren
- Halsketten und Schmuck bitte zu Hause lassen
- Ab 17 Uhr bitte keine koffeinhaltigen Getränke zu sich nehmen
- Kein „Nachmittagsschläfchen“ am Tag der Untersuchung
- Elektronische Geräte (Mobiltelefone) vor dem Schlafengehen bitte abschalten bzw. in Flugmodus umstellen
- Schlafbekleidung (am Hals ggf. etwas weiter geschnitten), Toilettenartikel und Hauschuhe mitbringen
- Eigene Medikamente können wie gewohnt eingenommen werden. Die Einnahme Ihrer Dauermedikamente liegt in Ihrem Verantwortungsbereich.
- Bei Therapie – Kontrollen (CPAP) bitte eigene Maske mit Kopfgurt, Schlauchsystem und Speicherkarte vom CPAP-Gerät mitbringen.

Welche Befunde sollen Sie mitbringen?

- Lungenfunktionstest und Blutgasanalyse bei der Erstuntersuchung (PSG) über Lungenfach*ärztin
- Ambulantes Schlafscreening (wenn vorhanden)
- Bei CPAP-Einstellungen: EKG über Haus*ärztin oder Fach*ärztin (max.14 Tage alt)

Organisatorisches:

- Ihr Aufenthalt im Schlaflabor ist von **19:15 Uhr abends bis um 06:30 Uhr morgens** vorgesehen.
- Bitte erledigen Sie ca.um 19:00 Uhr, bevor Sie zu uns in das Schlaflabor kommen, die Aufnahmeformalitäten in der Aufnahmekanzlei im Direktionsgebäude.
- Wenn Sie im Gelände parken möchten, können Sie in der Aufnahmekanzlei ein Parkticket erwerben, welches speziell für den Aufenthalt im Schlaflabor gilt.
- Das Ende der Messung ist um ca. 05:30 Uhr früh, danach werden Sie geweckt und die Elektroden entfernt.
- Sie haben danach die Möglichkeit ein Frühstück einzunehmen. Wir bitten um Verständnis, dass Sie die Räumlichkeiten des Schlaflabors **um spätestens 06:30 Uhr verlassen** müssen. Etwaige Krankentransporte können im Bereich der angrenzenden Station abgewartet werden.
- Nach Auswertung der Befunde von der Untersuchungsnacht werden Sie telefonisch kontaktiert, um einen ambulanten Besprechungstermin zu vereinbaren falls sich ein relevanter Befund ergeben hat. Andernfalls werden die ausführlichen Befunde, inklusive den empfohlenen Maßnahmen, an Sie per Post zugesandt.
- Wenn sich Fragen daraus ergeben, können Sie uns selbstverständlich kontaktieren.
- Wenn Sie jemanden zum Übersetzen benötigen, bringen Sie bitte einen Dolmetsch am Abend der Untersuchung bzw. unbedingt zur Befundbesprechung mit.
- Beim akuten Auftreten einer Erkrankung am Aufnahme-/Untersuchungstag (Fieber, Husten, Durchfall...) melden Sie sich bitte telefonisch bis 13 Uhr oder ab 20 Uhr.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte unter der Telefonnummer

01/ 80 110 Klappe 2620 an uns.

Vielen Dank

Das Team des Schlaflabors Klinik Hietzing

Bestätigung der Informationen zum Aufenthalt im Schlaflabor

Bitte schicken Sie die unterschiedene Bestätigung mit dem ausgefüllten Fragebogen, dem Medikamentenblatt und Ihren Vorbefunden wieder zurück an das Schlaflabor entweder per Post oder per E-Mail unter der Adresse:

**Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Hietzing
Schlaflabor / Pav.8 / 3 Stock
Wolkersbergenstraße 1
1130 Wien
E-Mail: KHIPULSCL@gesundheitsverbund.at**

Ich habe die Informationen zum Aufenthalt im Schlaflabor zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Datum

Name in Blockbuchstaben

Unterschrift

Informationen zur Therapie der Schlafapnoe

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die wichtigsten Punkte Ihrer Therapie

Was bedeutet CPAP?

Englisch: **C**ontinuous **P**ositive **A**irway **P**ressure

Deutsch: kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck

Die kontinuierliche nasale Atemwegs-Überdruckbeatmung (CPAP) ist die Therapie der Wahl beim obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom. Mit dieser Therapie wird die Schlafatemstörung und auch die Tagesschläfrigkeit reduziert bzw. beseitigt.

Dabei wird über eine Nasenmaske oder eine Mund-Nasenmaske Luft mit Überdruck verabreicht, die die Atemwege während des Schlafens offenhält. Dieser Druck wird im Schlaflabor in der „Einstellungsnacht“, während Sie schlafen, solange erhöht bis keine Atemaussetzer und kein Schnarchen mehr vorhanden sind.

Wichtig:

Ohne adäquate und ausreichend lange Verwendung (regelmäßig, mehr als 4 Stunden/Nacht) der Therapie besteht einerseits ein **erhöhtes Risiko für kardio-vaskuläre Komplikationen** wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Herzrhythmusstörungen, andererseits erhöhte Einschlafneigung und Tagesmüdigkeit. Dies kann zu **Selbst- oder Fremdgefährdung** beim **Lenken von Fahrzeugen oder beim Bedienen von Maschinen** führen (Sekundenschlaf!).

Nach der Einstellungsnacht:

- Sie bekommen den Befund und die Verordnungen für Ihr Beatmungsgerät inklusive Maske und ggf. Befeuchtereinheit per Post nach Hause geschickt.
Achtung: Die Verordnung ist **30 Tage** gültig!
- Sobald Sie den Befund und die Verordnungen haben, können Sie sich einen Termin bei der medizintechnischen Vertriebsfirma für die Geräteausgabe und die Einschulung ausmachen.
- Die Vertriebsfirma verrechnet direkt mit der Krankenkasse, sodass sie selbst keine Bewilligungen von der*dem Chefärzt*in einholen müssen.
- Nach ca. 6 Monaten wird ein Kontrolltermin vereinbart. Diesen entnehmen Sie bitte Ihrem Befund. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Terminverschiebung. Weitere Kontrolltermine im Schlaflabor sollten danach alle 2 Jahre erfolgen.
- Einen früheren Termin machen Sie sich bitte im Schlaflabor aus, wenn:
 - es zu großen Gewichtsveränderungen gekommen ist.
 - Sie den eingestellten Druck als unangenehm empfinden.
 - wenn erneut schnarchen oder vermehrte Müdigkeit auftritt.

Was sollten Sie zu Hause beachten?

- Regelmäßige Anwendung von mehr als 4 Stunden, während der Nacht und auch bei Schlafepisoden unter Tags. z.B. Mittagsschlaf.
- Nehmen Sie ihr Gerät mit in den Urlaub, auf Rehabilitation oder bei Kuraufenthalten. Wenn Sie einen Krankenhausaufenthalt haben informieren Sie bitte das Personal über Ihre CPAP-Therapie.
- Bei Erkältungen mit rinnender Nase können sie die Therapie für diese kurze Zeit pausieren.
- Wenn Sie in der Einschlafphase Probleme mit der Druckeinstellung haben, können Sie beliebig oft den „Rampenknopf“ betätigen. Dieser befindet sich neben der Ein-Ausschalttaste. Mit dieser Taste wird der Druck vermindert und erhöht sich automatisch innerhalb von ca. 30-45 Minuten bis zu dem verordneten Druck!
- In dem CPAP-Gerät befindet sich eine Speicherkarte, die nach Aufforderung durch die Vertriebsfirma zum Auslesen direkt an die Firma geschickt wird. Die Anwendungsdaten werden benötigt, um die weitere Bewilligung zu befürworten. **Ihr Gerät funktioniert jedoch auch ohne Speicherkarte.**
- Falls bei Ihnen die Nasen-Mundschleimhäute austrocknen oder die Einatemluft als zu kalt empfunden wird, empfehlen wir Ihnen, sich einen Thermobefeuchter vom Schlaflabor verordnen zu lassen. Diesen erhalten Sie danach wieder mit dem Verordnungsschein von der Vertriebsfirma.
- 1 x pro Jahr haben Sie Anspruch auf ein neues Maskenset, welches von der Krankenkasse bezahlt wird.
- Regelmäßige Reinigung der Utensilien nach Bedienungsanleitung.
- Achten Sie auf die Hautpflege im Bereich der Maske und verwenden Sie bei Hautirritationen ggf. Wund und Heilsalben. Bei Druckstellen am Nasenrücken, können Sie spezielle Gelpolster verwenden, welche Sie von der Vertriebsfirma bekommen. Bei länger bestehenden Hautproblemen konsultieren Sie bitte eine*n Hausärzt*in.
- Wenn die Maske zu locker angelegt ist, kann es zu „Leckagen“ kommen. Dieser ungewollt austretende Luftstrom kann Augenreizungen oder Augenentzündungen hervorrufen.
- Bei technischen Problemen oder nicht korrektem Sitz der Maske kontaktieren Sie ihre Vertriebsfirma.
- **ACHTUNG:** Bei implantiertem Herzschrittmacher, bitte KEINE Magnetverschlüsse bei den Kopfgurten verwenden. Bitte nur Kopfgurte aus Kunststoff und Klettverschluss verwenden.

**Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an
das Team des Schlaflabors
Tel.: 01/80 110 Klappe 2620**

Betrifft: Name: _____

geb. am: _____ SV-Nummer: _____ Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Erreichbar unter Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Welche der folgenden Aussagen treffen auf Ihren Schlaf zu?

Ich kann schlecht einschlafen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich kann schlecht durchschlafen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich grüble beim Einschlafen viel	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich habe Angst vor der Schlaflosigkeit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich kann tagsüber nicht schlafen, auch wenn ich das möchte	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich brauche insgesamt zu viel Schlaf	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich fühle mich morgens meistens gerädert (erschlagen/kaputt)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich bin am Tage nicht leistungsfähig	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich bin tagsüber häufig müde, obwohl ich genügend schlafe	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich schlafe tagsüber auch in ungewöhnlichen Situationen ein	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich hatte schon Sekundenschlaf beim Autofahren (ohne Unfall)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich hatte schon einen Unfall wegen Einschlafen oder Schläfrigkeit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich schnarche sehr laut und unregelmäßig	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Bei mir sind Atemaussetzer im Schlaf beobachtet worden	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich schwitze nachts häufig stark	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich wache manchmal nachts mit Herzrasen und mit Atemnot auf	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich habe morgens häufig Kopfschmerzen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich leide unter unangenehmen Missempfindungen in den Beinen, die fast ausschließlich in Ruhe (Sitzen, Liegen) auftreten	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich verspüre einen unangenehmen Bewegungsdrang im Bereich der Beine, wenn ich sitze oder liege	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Es kommt zu einer deutlichen Besserung der Missempfindungen, wenn ich mich bewege	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Am Abend oder nachts kommt es zu einer Zunahme der Missempfindungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich bin Schlafwandler	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich habe häufig Albträume	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Es kommt vor, dass ich bei Freude, Ärger oder Überraschung eine plötzliche kurze Muskelschwäche verspüre	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich kann wegen Schmerzen nicht schlafen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich fühle mich oft traurig und zerschlagen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Größe:	Gewicht:	

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit¹

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit.

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie diese Situation auf Sie gewirkt hätte.

Benutzen Sie bitte folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie bitte die entsprechende Zahl an.

0=würde niemals einnicken

1=geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2=mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3=hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beim fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen. Z.B. im Theater, bei einem Vortrag	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten anhalten müssen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<i>Summe (wird berechnet):</i>			

Literatur:

1. Epworth Sleepiness Scale

Patient*innenfragebogen für das Schlaflabor, Klinik Hietzing

Allergie(n):

Beruf: _____ Pension / keine Berufstätigkeit

regelmäßiges Lenken von Kraftfahrzeugen: Ja (Privat/ Beruflich) Nein

Welches der folgenden Symptome war der Grund der geplanten Untersuchung (Polysomnographie) hierorts durchführen zu lassen?

Schnarchen Atemaussetzer Tagesmüdigkeit

morgendliche Kopfschmerzen schlechter Schlaf

sonstige Gründe _____

Nur für Patient*innen mit laufender Diagnose/Therapie

Gab es seit dem letzten Aufenthalt Probleme mit dem Umgang des Therapiegeräts:

Nein Ja Wenn ja, folgende _____

Gab es seit dem letzten Aufenthalt Probleme im Umgang mit der Maske:

Nein

Ja wenn ja, folgende _____

Gab es seit Beginn mit der Therapie (Gerät und Maske) eine Besserung zumindest eines der folgenden Symptome: Schnarchen, Atemaussetzer, Durchschlafen/Schlafqualität, Tagesmüdigkeit, körperliche Aktivität, morgendliche Mundtrockenheit, Kopfschmerzen?

Nein

Ja wenn ja, dann bei diesen Symptomen _____

MEDIKAMENTENBLATT

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte geben Sie uns Ihre regelmäßig einzunehmenden
Medikamente bekannt

Medikamentenname und Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht