



Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin

German Sleep Society

Korrespondenzadresse:

DGSM - Geschäftsstelle 34613 Schwalmstadt-Treysa Schimmelpfengstraße 2
 ☎06691/2733 ☎06691/2823 e-mail: dgsm.mayer@t-online.de

Checkliste zur Qualitätssicherung der DGSM (ohne Erläuterungen), Stand: 12/2012

Anamnese	vorhanden	nicht vorhanden	bereits extern durchgeführt
1. Allg. Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spezifische Anamnese			
2a in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2b am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Organische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vegetative Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psychosoziale Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Risikofaktoren/Suchtanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bisherige Maßnahmen / Differentialdiagnose diskutiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Geert Mayer
 HEPHATA-Klinik
 Schimmelpfengstraße 2
 34613 Schwalmstadt-Treysa
 Telefon: 06691 / 2733
 Telefax: 06691 / 2823
 eMail: dgsm.mayer@t-online.de

Geschäftsführender Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Ingo Fietze
 Charité Centrum 13 - Universitätsmedizin
 Luisenstr. 13
 10117 Berlin
 Telefon: 030 / 45051-3160
 Telefax: 030 / 45051-3906
 eMail: ingo.fietze@charite.de

Schriftführer:

Dr. med. Peter Geisler
 Psychiatrische Universitätsklinik
 Universitätsstr. 84
 93042 REGENSBURG
 Telefon: 0941 / 941-0
 Telefax: 0941 / 941-61241
 eMail: peter.Geisler@medbo.de

Schatzmeisterin:

Prof. Dr. Andrea Rodenbeck
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Physiologie (CBF)
 Arnimallee 22 14195 Berlin
 Telefon: 030 / 8445 1664
 Telefax: 030 / 8445 1602
 eMail: arodenb@gwdg.de

Diagnostik

	vorhanden	nicht vorhanden	bereits extern durchgeführt	Empfehlung ist erfolgt	Empfehlung fehlt	entfällt/nicht erforderlich
9. Subjektive Befindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Allg. körperlicher, neurologischer, psychiatrischer Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Größe, Gewicht, BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Klinisches Labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Leistungs-, Vigilanzuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kardioresp. Polysomnographie/ Polygraphie oder Monitoring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Komorbide Störung erkannt / diagnostiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Notwendige Zusatzuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosesicherung

	Kardioresp. Polysomnogr.	modifizierte Polysomnogr.	Kardioresp. Polygraphie	Monitoring	in Art u. Anzahl der Parameter adäquat	nicht adäquat
17. aktuell im Schlaflabor durchgeführte Untersuchungen						
a) 1. Diagnostiknacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 2. Diagnostiknacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 2. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nachtprotokoll	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar		
19. Messgrößen	<input type="checkbox"/> im Bericht		<input type="checkbox"/> als Anlage			
Auswertung nach	<input type="checkbox"/> R & K		<input type="checkbox"/> AASM 2007	<input type="checkbox"/> Angabe fehlt		
a) Globale Maße (TIB, SPT, TST, SE)	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
b) Latenzen (SL, REM-L)	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
c) Prozentuale Anteile	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
d) Atmung, Sättigung, Schnarchen	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
e) Lage	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
f) Beinbewegungen	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
g) Arousal	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt
h) sonstige, welche?	_____					
20. Geräteeinweisung/Maskenanpassung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> entfällt		

Therapie

Adäquate Behandlungsmaßnahme	durchgeführt	terminiert	empfohlen	fehlt	entfällt/nicht erforderlich
21. allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Psychologisch/psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. medikamentös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. apparativ					
a) 1. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 2. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kontrolluntersuchung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entlassungsbericht

Entlassungsbericht	angemessen	teilweise angemessen	nicht angemessen	fehlt	entfällt/nicht erforderlich
26. Verwendung der Standardnomenklatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Stimmigkeit des diagnostischen Procederes einschl. Empfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Zusammenfassende Beurteilung					
a) Schlafparameter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Atmung, SaO ₂ ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beinbewegungen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Stimmigkeit des therapeutischen Procederes einschl. Empfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Darstellung von Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Klinikaufenthalt, Anzahl der Tage	<input type="text"/>				

100 0	<p>Gesamt- prozess</p> <p>Entspricht der Gesamtprozeß dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, Empfehlungen und Leitlinien?</p>
--	---

Bitte beurteilen Sie mittels Analogskala, ob der Gesamtprozess dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, Empfehlungen und Leitlinien entspricht: "0" bedeutet "überhaupt nicht", "100" bedeutet "vollständig".

Revisitation des Labors

- empfohlen
- nicht erforderlich

Anmerkungen (werden anonym an das beurteilte Labor weitergegeben):
