

Fragebogen bei Schnarchen und Verdacht auf Schlafapnoe

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

Schlaf	Nie	Selten	Häufig
Wurde berichtet, dass Sie schnarchen? Seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die Schnarchintensität zugenommen? Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ungefähr schlafen und wann stehen Sie morgens auf? von: Uhr bis: Uhr			
Wachen Sie morgens unausgeschlafen und gerädert auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden von Ihrem Partner nächtliche Atempausen beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? Stunden			
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie im Schichtdienst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Verspüren Sie im Schlaf unkontrollierte Zuckungen in den Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie nachts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Schlafapnoe Wo? Wann?			
Tragen Sie eine Atemmaske? Wenn ja, seit wann?			

Tagesbefinden	Nie	Selten	Häufig
Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich überdurchschnittlich müde und abgeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Konzentrationsvermögen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auffällig vergesslich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie häufig ungeduldig und gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Motivationslosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannte? Wenn ja, welche?			
Leiden Sie unter einer behinderten Nasenatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Nasennebenhöhlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie Nasenspray?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten wiederkehrende Hautreizungen (Ekzeme) auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie plötzlich auftretende Müdigkeit während einer Mahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?

Trinken Sie Alkohol? Bier Wein Schnaps

Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viele Tassen am tag?

Trinken Sie Cola? Wenn ja, wie viele Gläser/Tag?

Ernährung und Genussmittel

Haben Sie internistische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Haben Sie andere chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

The Epworth Sleepiness Scale

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht dabei um EINNICKEN und EINSCHLAFEN, nicht nur um eine geringe Müdigkeit. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweise in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge kürzlich nicht getan haben, versuchen sie sich bitte vorzustellen, wie Sie in dieser Situation gefühlt hätten. benutzen Sie bitte die folgende Scala, und ordnen Sie die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zu:

0 = nie einnicken oder einschlafen

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	0	1	2	3
Lesen im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Gespräch im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im für einige Minuten stehendem Auto im Verkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

