

Schlaf-Apnoe-Fragebogen

Datum

Name des Patienten

Adresse

Telefon privat Telefon geschäftlich

geboren am Geschlecht

Größe (in cm) Gewicht (in kg)

Beruf Schicht/Nachtdienst ja/nein

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie den Eindruck, daß Ihr Allgemeinbefinden in den letzten Jahren stark abgenommen hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Können Sie sich gut konzentrieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fühlen Sie sich leistungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Trinken Sie abends regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungstabletten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie schon einmal eine Schädel-Hirn-Verletzung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie eine Vergiftung erlitten?
Womit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie schon einmal einen Herz- und Atemstillstand während oder nach einer Operation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie unter Sodbrennen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Sauerstoffhunger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hat Ihnen Ihr Doktor gesagt, daß Sie zu dickes Blut haben (zu viele rote Blutkörperchen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Sind Sie an der Nase operiert worden, oder steht eine Operation bevor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tragen Sie eine Zahnprothese? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Haben/hatten Sie Probleme mit den Stimmbändern oder dem Kehlkopf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Leiden Sie unter Hals- und Schulterverspannungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 17. Leiden Sie unter Muskelschwäche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sind Sie Allergiker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Haben Sie ein Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Haben Sie einen Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Haben Sie Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sind Sie am Tag immer müde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Schlafen Sie während des Tages leicht ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Schlafen Sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) bei der Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) beim Autofahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) beim Lesen/Fernsehen ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Dauert es weniger als 5 Minuten bis Sie einschlafen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Schlafen Sie länger als neun Stunden in der Nacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Schlafen Sie nachts sehr unruhig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Schrecken Sie nachts auf und haben Luftnot/Herzrasen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Müssen Sie nachts häufig wasserlassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Haben Sie nachts Beklemmungsgefühle im Brustkorb? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Schnarchen Sie jede Nacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Ist Ihr Schnarchen laut und unregelmäßig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Wurden bei Ihnen nachts Atemstillstände beobachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Wachen Sie morgens ausgeschlafen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Wachen Sie nachts und morgens mit trockenem Hals auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Welche Medikamente nehmen Sie ein? | | |

.....

VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE!