



Fragebogen zu Schlafstörungen und Schnarchen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie sich für eine Beratung und Behandlung Ihrer Schlafstörungen durch Schnarchen interessieren, bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen und zu Ihrem Termin mitzubringen.

Name	Vorname
------	---------

Schnarchen Sie nachts oder bemerken andere, dass Sie schnarchen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlt sich Ihr(e) Lebenspartner(in) gestört?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden bei Ihnen Atemstillstände beobachtet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde oder „wie gerädert“?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erwachen Sie häufiger mit Heiserkeit, Halsschmerzen, Kopfschmerzen oder trockenem Husten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Sie bei monotonen Tätigkeiten häufig ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie schon einmal ein „Sekunden-Schlaf“-Erlebnis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerken Sie nachlassende Sexualität?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kennen Sie Ihren BMI (Body-Maß-Index)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie chronische Bronchitis, Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen sie regelmäßig Schlafmittel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben sie Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten sie schon einmal einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie oder haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift