

Fragebogen bei Verdacht auf Schlafapnoe

Dieser Fragebogen bereitet das Arztgespräch vor. Vielen Dank.

Haben Sie Einschlafstörungen? Ja Nein

Haben Sie Durchschlafstörungen? Ja Nein

Falls ja: wie oft wachen Sie pro Nacht auf? _____

Liegen sie lange wach? _____

Wie lange liegen Sie im Bett? _____

Wie viele Stunden schlafen Sie davon? _____

Fühlen Sie sich morgens ausgeruht? Ja Nein

Hatten Sie schon eine Sekundenschlafattacke? Ja Nein

Schnarchen? Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?

Ja Nein

Müde? Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?

Ja Nein

Aufgefallen? Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen?

Ja Nein

Blutdruck? Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?

Ja Nein

Wird durch das Praxisteam ausgefüllt:

Punkte: Teil 1

Teil 2:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • BMI > 35 kg/m ² | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Alter > 50 Jahre | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Männlich | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Kragenweite: m > 43cm | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| w > 41cm | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |