

# Fragebogen Schlafapnoe



Patientenname: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen ersetzt kein Arztgespräch, bereitet es aber vor.

1. Sind bei Ihnen Herz/Kreislauf-Erkrankungen bekannt wie z.B.:

	JA	NEIN
a. Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Erkrankungen der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Herzklappenfehler/Schrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Fragebogen Schlafapnoe



2. Haben Sie folgende Symptome:

	JA	NEIN
a. Lautes Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lautes und unregelmäßiges Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sind Pausen beobachtet worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sind Pausen fraglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Haben Sie plötzliches Erwachen mit Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Entzündlicher Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Morgendliche Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Keins dieser Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragebogen Schlafapnoe



### 3. Haben Sie Einschlafneigung:

	JA	NEIN
a. Beim Lesen im sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bei ruhigem Sitzen und Warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Als Mitfahrer im Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Beim Autofahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Beim Autofahren, bereits einen Unfall gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Nach dem Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bei einer Unterhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Bisher nicht beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Fragebogen Schlafapnoe



4. Haben Sie folgende Begleitsymptomatik:

- a. Morgendliche Kopfschmerzen
- b. Morgens gerändert und unausgeschlafen
- c. Konzentrationsprobleme
- d. Vergesslichkeit
- e. Persönlichkeitsveränderung
- f. Morgentliche Mundtrockenheit
- g. Potenzstörung
- h. Ausgeprägte Tagesmüdigkeit besteht nicht

5. Bitte geben Sie uns Ihre Größe und Ihr Gewicht an:

a. Größe \_\_\_\_\_ cm

b. Gewicht \_\_\_\_\_ Kg

.....

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten