usterMed hno

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Fragebogen bei Schnarchen und Verdacht auf Schlafapnoe

Datum: ..... Geburtsdatum: .....

Name: ..... Größe: .....

Beruf: ..... Gewicht: .....

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

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

usterMed hno

Poststr. 1
8610 Uster

Telefon: +41 44 940 42 42
Fax: +41 44 940 42 43

www.usterMed-hno.ch
info@usterMed-hno.ch

Ernährung und Genussmittel	Menge/Tag
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?	

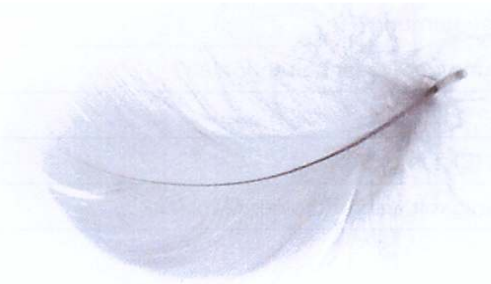
Ernährung und Genussmittel
Haben Sie internistische Erkrankungen? Wenn ja, welche?
Haben Sie andere chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

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	☐	☐	☐	☐
Fernsehen	☐	☐	☐	☐
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino, etc.)	☐	☐	☐	☐
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause	☐	☐	☐	☐
Beim Hinlegen am Nachmittag	☐	☐	☐	☐
Bei einem Gespräch im Sitzen	☐	☐	☐	☐
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol	☐	☐	☐	☐
Im für einige Minuten stehendem Auto im Verkehr	☐	☐	☐	☐



Mit freundlicher Erlaubnis von HNO-Praxis Dr. Benedict, Dr. Pirwitz und Kollegen, D-76275 Ettlingen, www.ORL.de