

Fragebogen zum Schnarchen und zur obstruktiven Schlafapnoe

Wurden Sie bereits auf Ihr Schnarchen angesprochen?

ja nein

Ist Ihnen die Tatsache, dass Sie schnarchen peinlich oder lästig?

ja nein

Fühlen Sie sich in Ihrem Sozialverhalten durch Ihr Schnarchen eingeschränkt?
(Beispiele sind: Sie vermeiden alkoholische Getränke am Abend. Sie vermeiden es mit anderen Personen in einem Raum zu schlafen. Sie vermeiden es in der Öffentlichkeit, z.B. im Zug Theater einzuschlafen, da Sie befürchten sie könnten schlafen. Sie buchen im Hotel Einzelzimmer? Sie haben wegen des Schnarchens getrennte Schlafräume, etc...)

ja nein

Seit wann Schnarchen Sie?

seit _____

Seit wann stört Sie das Schnarchen?

seit _____

Schnarchen Sie in Rückenlage

ja nein

Schnarchen Sie in Seitenlage

ja nein

Wie beurteilen Sie die Bedeutung des Schnarchens für sich selbst? (Bitte ankreuzen!)

Es stört mich ein wenig.

Es stört mich sehr.

Es stört mich gar nicht.

Meinen Lebenspartner stört das Schnarchen, ich unterziehe mich einer Behandlung um die Beziehung zu verbessern.

Wachen Sie von Ihrem Schnarchen auf?

ja nein

Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen?

Leiden Sie unter Bluthochdruck?

ja nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente gegen den Bluthochdruck?

ja nein

Fragebogen zum Schnarchen und zur obstruktiven Schlafapnoe

Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf? ja nein

Sind Sie am Tage müde und unausgeschlafen? ja nein

Haben Sie am Tag das Bedürfnis zu schlafen? ja nein

Leiden Sie gelegentlich unter Sekundenschlaf? ja nein

Ist Ihre Konzentrationsfähigkeit durch Ihre Schlafstörung beeinträchtigt?

ja nein

Wurden Sie bereits von einem Mediziner mit der Fachbezeichnung Schlafmedizin untersucht? ja nein

Haben Sie bereits eine schlafmedizinische Untersuchung durchgeführt lassen?

ja nein

Wenn ja: Wann und wo? _____

Wurden Sie bereits von einem Hals-, Nasen-, Ohrenarzt auf Ihr Schnarchen untersucht? ja nein

Wurden bei Ihnen die Mandeln oder Polypen entfernt? ja nein

Wie häufig trinken Sie Alkohol? (Bitte ankreuzen!)

Täglich

Regelmäßig

Gesellschaftlich

sehr selten

nie

Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz? ja nein