

Bitte ergänzen Sie hier Ihre Daten:

Name, Vorname: _____

Email: _____

Telefonnummern: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt: _____

Falls Sie bereits eine Therapie haben, ergänzen Sie bitte die Angaben:

Gerät: _____ Maske: _____

Warmluftbefeuchter: _____ Betriebsstunden: _____

**Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten die folgenden Fragen sorgfältig:
!! bitte zutreffende Antworten umkreisen !!**

Ist bei Ihnen Schnarchen aufgefallen?	Ja	Nein	
Sind bei Ihnen Atempausen aufgefallen?	Ja	Nein	
Besteht Tagesmüdigkeit?	Ja	Nein	
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?			
Wann gehen Sie abends ins Bett?			
Werden Sie nachts häufig wach? Wenn ja: Wie oft und warum?	Ja	Nein	
Leiden Sie unter Einschlafproblemen? Wie lange liegen Sie wach?	Ja	Nein	
Haben Sie häufig Alpträume? Wenn ja: Wie oft?	Ja	Nein	
Schlafen Sie tagsüber? Wenn ja: Wie lange ungefähr?	Ja	Nein	
Wie empfinden Sie ihre Schlafqualität in Schulnoten von 1-6 ?			
Fühlen Sie sich am Morgen fit?	Ja	Nein	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?			
Üben bzw. übten Sie eine Schichtarbeit aus?	Ja	Nein	
Haben Sie Probleme, in monotonen Situationen wach zu bleiben?	Ja	Nein	
Sind Sie bereits ungewollt in Besprechungen oder Unterhaltungen eingenickt?	Ja	Nein	
Haben Sie Probleme mit Ihrer Merk- und Konzentrationsfähigkeit?	Ja	Nein	
Haben / Hatten Sie Sekundenschlaf beim Autofahren?	Ja	Nein	
Führen Sie beruflich ein Kraftfahrzeug?	Ja	Nein	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja: Wie oft und wie viel?	Ja	Nein	
Haben Sie ruhelose Beine beim Einschlafen?	Ja	Nein	
Nehmen Sie Schlafmedikamente ein?	Ja	Nein	
Nehmen Sie Medikamente gegen Depressionen ein?	Ja	Nein	
Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen oft niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?	Gelegentlich	Ja	Nein
Haben Sie in den letzten 4 Wochen wenig Freude oder Interesse an Tätigkeiten gehabt?	Gelegentlich	Ja	Nein
Sind Sie Raucher?	Ja	Nein	
Wachen Sie morgens häufiger mit Kopfschmerzen auf?	Ja	Nein	
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	Ja	Nein	
Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck?	Ja	Nein	
Sind Sie zuckerkrank? (Diabetes mellitus)	Ja	Nein	
Hatten Sie einen Schlaganfall?	Ja	Nein	
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	Ja	Nein	
Hatten / Haben Sie Herzrhythmusstörungen	Ja	Nein	

Name, Vorname: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Bitte tragen sie ggf. auch Ihre Schlafmedikamente, Antidepressiva und Sprays z.B. gegen Asthma ein.

Welche ?	Dosis:

Fragen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale):

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden. Sich also nicht nur müde fühlen.

Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie sich bitte, sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten.

Kreuzen Sie auf der folgenden Skala für jede einzelne Situation die für Sie zutreffende Ziffer an:

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

<u>Situation</u>	<u>Wahrscheinlichkeit</u>			
Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Wenn Sie als Zuhörer in der Öffentlichkeit sitzen z.B. Kino	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hinlegen und ausruhen	0	1	2	3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen ohne Alkohol ruhig sitzen	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3

Falls Sie bereits eine Schlafapnoe-Therapie haben:

Nutzen Sie Ihr Gerät regelmäßig, auch am Wochenende und im Urlaub?	Ja	Nein
Haben Sie von der Therapie profitiert?	Ja	Nein
Haben sich Ihre Beschwerden verbessert?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich von dem Gerät gestört?	Ja	Nein
Sind Anwendungsprobleme aufgetreten? Wenn ja: Welche?	Ja	Nein
Werden Sie das Gerät weiter nutzen?	Ja	Nein

Datum

Unterschrift Patient