

Fragebogen bei Schnarchproblemen

Gewicht (kg): BMI (Grösse in m)²/(Gewicht in Kg) =

Grösse (m): (wird sonst von uns berechnet)

- Wie stark stört SIE SELBST das Schnarchen? nicht extrem stark
Wie stark stört es die Partnerin/den Partner? nicht extrem stark
Wie stark belastet es die Beziehung? nicht extrem stark
Schlafen Sie alleine? ja nein
Werden Personen in anderen Räumen durch das Schnarchen gestört? ja nein
In welcher Schlafposition schnarchen Sie? Rücken Seite Bauch jede Lage
Haben Sie morgens einen trockenen Mund? ja nein
Wachen Sie nachts auf? ja nein
Wenn ja weshalb?
.....
.....
.....

- Hat Ihre Partnerin oder Ihr Partner bei Ihnen während des Schlafes Atemaussetzer oder Atempausen von mehr als 10 Sekunden Dauer beobachtet? ja nein
Wie oft? selten oft jede Nacht weiß nicht
Hatten Sie schon Unfälle wegen Müdigkeit? ja nein beinahe
Schlafen Sie tagsüber? ja nein Schichtarbeit
Fühlen Sie sich tagsüber „grundlos“ matt, zerschlagen ja nein
Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen ja nein
Sind Sie vermehrt reizbar? ja nein
Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten ja nein
Haben Sie andere Beschwerden?
.....
.....
.....
.....

Leiden Sie unter:

- hohem Blutdruck
- Herzerkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Reflux von Magensäure / saurem Aufstoßen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Allergien

Ist Ihre Nasenatmung behindert? ja nein

(beidseits/links/rechts; saisonal, ganzjährig; nachts, tagsüber)

Name: \$1050\$, geb.: \$1077\$

Rauchen Sie? ja nein (.....Zig/Tag)
Trinken Sie abends Alkohol? ja nein (.....Glas Wein/Bier)
Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ja nein
Nehmen Sie andere Medikamente? Ja nein

wenn ja

welche?.....
.....
.....
.....
.....
.....

Epworth-Sleepiness-Scale (ESS)

Diese Fragen sind standardisiert. Ziel ist es, die Tagesmüdigkeit quantitativ abzuschätzen. Bitte bemühen Sie sich, die Fragen so wahrheitsgetreu wie möglich zu beantworten.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden acht Situationen einschlafen würden (einschlafen! Nicht nur müde werden!)? Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in den letzten Wochen. Selbst wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie es Ihnen in diesen Situationen ergehen würde.

Wählen Sie aus der folgenden Skala die für Sie am besten passende Zahl

0 = würde NIE einschlafen

1 = würde KAUM einschlafen

2 = würde MÖGLICHERWEISE einschlafen

3 = würde MIT GROSSER WAHRSCHEINLICHKEIT einschlafen

- | | |
|---|------------|
| 1) Sitzen und Lesen | Punkte |
| 2) Tagsüber Fern sehen | Punkte |
| 3) Sitzen an einem öffentlichen Ort (Bsp: Wartezimmer, Bus, Coiffeur) | Punkte |
| 4) Nachmittags abliegen um auszuruhen, wenn es die Umstände erlauben | Punkte |
| 4) (Zum Beispiel an einem Sonntag) | |
| 5) Als Mitfahrer im Auto während einer Fahrt von einer Stunde ohne Halt | Punkte |
| 6) Sitzen und mit jemandem sprechen | Punkte |
| 7) Ruhiges Sitzen nach Mittagessen ohne Alkohol | Punkte |
| 8) Im Auto beim Halten vor einer Verkehrsampel während einiger Minuten | Punkte |
| |Summe |