

Fragebogen für Schnarcher

(Bitte vollständig ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen)

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Gewicht: Grösse: M W BMI:

Wie stark stört Sie Ihr Schnarchen: nicht [-----] extrem stark

Wie stark stört es Ihre Partner(in): nicht [-----] extrem stark

Wie alt waren Sie, als Sie mit Schnarchen anfangen:

0-10 10-15 15-20 20-30 30-40 40-50 50-60

Häufigkeit (Nächte pro Woche): 1-3 4-6 jede Nacht

In welcher Schlafposition wurde Ihr Schnarchen beobachtet:

Rücken Seite Bauch in jeder Position

Werden Personen in Nebenräumen gestört: ja nein

Schlafen Sie alleine im Zimmer: ja nein

Wachen Sie nachts auf: ja nein

warum?

Hat Ihre Partnerin/Partner bei Ihnen im Schlaf Atemstillstände von 10 Sek. Dauer und mehr bemerkt:

nie selten oft jede Nacht weiss nicht

Haben Sie nachts oder morgens häufig einen trockenen Mund: ja nein

Hatten Sie durch Müdigkeit schon einen Unfall: ja nein beinahe

Schlafen Sie tagsüber: nein Mittagsschlaf Schichtarbeit

Fühlen Sie sich tagsüber oft matt und zerschlagen: ja nein

Leiden Sie: - unter morgendlichen Kopfschmerzen ja nein

- gesteigerter Reizbarkeit / Launenhaftigkeit ja nein

- Konzentrationsstörungen ja nein

Anderes:

umblättern 

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden 8 Situationen einnicken?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl, müde zu sein, sondern auch wirklich einzuschlafen. 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 diese auf Sie gewirkt hätten. Wählen Sie aus der folgenden Skala die am besten zutreffende Zahl (0-3).

0 = würde **nie** einschlafen 2 = würde **möglicherweise** einschlafen
1 = würde **kaum** einschlafen 3 = würde **mit grosser Wahrscheinlichkeit** einschlafen

- 1. Sitzen und Lesen 0 1 2 3
- 2. Fernseh schauen 0 1 2 3
- 3. Sitzen an einem öffentlichen Ort
(z.B. Theater, Sitzung, Vortrag) 0 1 2 3
- 4. Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde ohne Halt 0 1 2 3
- 5. Nachmittags ablegen um auszuruhen, wenn es
die Umstände erlauben 0 1 2 3
- 6. Sitzen und mit jemandem sprechen 0 1 2 3
- 7. Ruhig sitzen nach dem Mittagessen ohne Alkohol 0 1 2 3
- 8. Im Auto beim Stop an einer Ampel während
einigen Minuten 0 1 2 3

Summe:

Leiden Sie unter

welche

seit wann

- Bluthochdruck ja nein
- Herzerkrankungen ja nein
- Lungenerkrankungen ja nein
- Allergien ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen ja nein
- behinderter Nasenatmung ja nein

ganzjährig jahreszeitlich nachts tagsüber li re abwechselnd

Zigaretten pro Tag: Bier / Wein abends:

Medikamente: keine Schlafmittel Beruhigungsmittel

Andere: