

Apnoe Fragebogen



Patienten ID _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wurde berichtet, das Sie Schnarchen? Ja Nein

Hat die Schnarchintensität zugenommen? Ja Nein

Wurden bei Ihnen nachts Atemaussetzer beobachtet? Ja Nein

Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? Ja Nein

Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen? Ja Nein

Wachen Sie morgens unausgeschlafen oder gerädert auf? Ja Nein

Wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? _____

Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit? Ja Nein

Fühlen Sie sich überdurchschnittlich müde und abgeschlagen? Ja Nein

Haben Sie eine Schlafneigung beim Autofahren? Ja Nein

Haben Sie internistische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie andere chronische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Schlaftabletten ein? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, welche? Bier Wein Schnaps Andere

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

The Epworth Sleepiness Scale

Wie wahrscheinlich ist, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschleifen? 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z. B. Theater, Kino, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Gespräch im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sessel nach dem Essen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im für einige Minuten stehendem Auto im Verkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>