

Visuelle Analogscala zur Erfassung der Intensität des Schnarchgeräusches

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bitte lassen Sie von Ihrem Bettpartner/Bettpartnerin auf der folgenden Skala die Intensität Ihres Schnarchgeräusches ankreuzen.

Die Zahl null bedeutet kein Schnarchen, die Zahl 10 bedeutet maximal vorstellbares Schnarchen.

Bitte geben Sie dieses Blatt bei Ihrem nächsten Besuch in der Praxis wieder ab.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlaffragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten **während der letzten vier Wochen, falls nicht anders angegeben**. Ihre Angaben sollten so genau wie möglich sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen.

Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Datum:

1. Beruf:

2. Arbeitszeiten von Uhr bis Uhr

3. Größe: Gewicht:

Haben Sie im letzten halben Jahr zu- oder abgenommen? ja nein
Wenn ja, wie viel? kg

4. Wann gehen Sie üblicherweise ins Bett?

Wochentags Uhr / Wochenende Uhr

5. Wie lange dauert es üblicherweise zwischen dem Auslöschten des Lichts und dem Einschlafen?

..... Minuten

6. Wann stehen Sie üblicherweise morgens auf?

Wochentags Uhr / Wochenende Uhr

7. Wie viele Stunden schlafen Sie tatsächlich üblicherweise nachts?

..... Stunden

8. Wie oft wachen Sie während des Schlafes auf?

☐ Gar nicht ☐ Mal pro Nacht

9. Wie leicht fällt Ihnen das Aufstehen nach dem Schlafen?

☐ Immer schwer ☐ Manchmal schwer
☐ Selten schwer ☐ Kein Problem

10. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder frühmorgens aufgewacht sind ?

☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

- c)...weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- d)...weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- e)...weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- g)...weil Ihnen zu warm war ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- h)...weil Sie schlecht geträumt haben ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- i)...weil Sie Schmerzen hatten ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- j)...weil es in Ihren Beinen und/oder Armen kribbelte ?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr
- k)...weil es andere Gründe gab ? Bitte beschreiben Sie:

Wie oft konnten Sie während der letzten vier Wochen aus diesem Grund schlecht schlafen?
☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

11. Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen bezeichnen?

- ☐ sehr gut ☐ ziemlich gut
☐ ziemlich schlecht ☐ sehr schlecht

12. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

Falls ja, welche Mittel und in welcher Dosierung ?.....

13. Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen tagsüber Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, bei der Arbeit, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

Sind Sie deshalb schon einmal in einen Unfall verwickelt worden?

- ☐ ja ☐ nein ☐ beinahe

14. Haben Sie in den letzten Wochen tagsüber geschlafen?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

Falls ja, wie lange ?Minuten

Fühlten Sie sich danach erfrischt?

- ☐ immer ☐ selten
☐ meistens ☐ nie

15. Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, Ihre üblichen Alltagsaufgaben mit genügend Schwung zu erledigen?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2x ☐ 3x oder mehr

16. Haben Sie in den letzten vier Wochen folgendes an sich bemerkt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ eine gesteigerte Reizbarkeit ?
☐ eine gesteigerte Launenhaftigkeit ?
☐ Konzentrationsstörungen ?
☐ Gedächtnisstörungen ?
☐ Leistungsabfall?

17. Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?

- ☐ ja
☐ ja, aber ein(e) Partner(in)/Mitbewohner(in) schläft in einem anderen Zimmer
☐ nein, der/die Partner(in) schläft im selben Zimmer, aber in einem anderen Bett
☐ nein, der/die Partner(in) schläft im selben Bett

18. Falls Sie eine(n) Partner(in)/Mitbewohner(in) haben, fragen Sie ihn bitte, ob und wie oft er/sie bei Ihnen in den letzten vier Wochen folgendes bemerkt hat?

a) Lautes Schnarchen

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2x ☐ 3x oder mehr

In welcher Körperposition wurde das Schnarchen beobachtet?

- ☐ Rücken ☐ linke Seite ☐ rechte Seite
☐ Bauch ☐ im Sitzen Seit wann schnarchen Sie? seit

Werden Personen in Nebenräumen dadurch gestört?

- ☐ ja ☐ nein

b) Wurden lange Atempausen während des Schlafes festgestellt?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2x ☐ 3x oder mehr

c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Zehen, Beine und/oder Arme während des Schlafes?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2x ☐ 3x oder mehr?

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes?

- ☐ Gar nicht ☐ 1-2x ☐ 3x oder mehr

e) Andere Formen von Unruhe während des Schlafes; bitte beschreiben Sie:

.....

.....

19. Haben Sie eine Nasenatmungsbehinderung ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ ja | ☐ nein |
| ☐ ganzjährig | ☐ jahreszeitlich |
| ☐ am Tage | ☐ in der Nacht |

20. Haben Sie häufig Infekte der oberen Atemwege ?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

21. Haben Sie häufig folgende Beschwerden ?

Trockenheit der Nase

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Schleimfluss im Rachen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Geruchsstörungen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Schmeckstörungen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

22. Leiden Sie unter...

Bluthochdruck?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja seit wann?..... |
|-------------------------------|---|

Herzerkrankung?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja seit wann?..... |
|-------------------------------|---|

Lungenerkrankung?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja seit wann?..... |
|-------------------------------|---|

Allergien der Atemwege?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja seit wann?..... |
|-------------------------------|---|

Nierenerkrankung?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja seit wann?..... |
|-------------------------------|---|

Schilddrüsenerkrankung?

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja seit wann?..... |
|-------------------------------|---|

23. Hatten Sie bereits eine Operation...

an den Rachenmandeln („Polypen“)?

- | | |
|-------------------------------|--|
| ☐ nein | ☐ ja wann?..... |
|-------------------------------|--|

an den Gaumenmandeln („die Mandeln“)?

- | | |
|-------------------------------|--|
| ☐ nein | ☐ ja wann?..... |
|-------------------------------|--|

an der Nase und/oder den Nebenhöhlen ?

☐ nein ☐ ja wann?.....

im Kopf-Hals-Bereich ?

☐ nein ☐ ja wann?.....

Welche Art der Operation wurde dabei durchgeführt; bitte beschreiben Sie, soweit möglich:

.....
.....

24. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?

☐ nein ☐ ja seit wann?.....

Falls ja, schreiben Sie bitte Namen und Dosierung auf:

-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

25. Rauchen Sie ?

☐ nein ☐ ja seit wann?.....

26. Haben Sie in den letzten vier Wochen Alkohol getrunken?

☐ Gar nicht ☐ 1-2 x ☐ 3 x oder mehr

während der Woche

Falls ja, wann am Tage ?

☐ Mittags ☐ Abends vor dem Schlafengehen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Name: Geb.-Datum:

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

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

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken
1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken
2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken
3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend	①	②	③	
Beim Fernsehen	①	②	③	
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	①	②	③	
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	①	②	③	
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	①	②	③	
Wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten	①	②	③	
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	①	②	③	
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	①	②	③	
Bitte nicht ausfüllen				
Summe				

Auswertung: Liegt die Summe der Fragen ≥ 7 von 24 möglichen Punkten, kann bei Ihnen eine vermehrte Schläfrigkeit bestehen. Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne persönlich.