

Patienten Fragebogen

Patienten Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Telefon (Zuhause): _____ (Arbeit) _____ (Mobil) _____
 Name der/s Hausärztin/Hausarztes: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____
 Name der/s Fachärztin/Facharztes: _____ Telefon: _____

Gesundheitszustand

Haben Sie irgendwelche gesundheitliche Beschwerden / Probleme von denen Ihr Mediziner Bescheid weiss?

Atmungssystem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte kreuzen Sie ja oder nein an. (Bei einigen Fragen müssen Sie Ihren Bettpartner fragen).

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Schnarchen Sie oder wurde Ihnen gesagt dass Sie schnarchen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Schnarchen Sie nur wenn Sie auf dem Rücken liegen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Schnarchen Sie laut? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Schnarchen Sie jede Nacht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Wurde Ihnen gesagt, dass Sie Atempausen haben oder nach Luft schnappen während Sie schlafen? <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Musste Ihr Partner schon in einen anderen Raum umziehen während der Nacht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Hatten Sie hohen Blutdruck oder wurden Sie deswegen schon behandelt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Dösen Sie unabsichtlich ein während des Tages? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Fühlen Sie sich nach dem Erwachen oft müde? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Erwachen Sie am Morgen oft mit Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Haben Sie Schwierigkeiten, sich längere Zeit zu konzentrieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Haben Sie Schmerzen in Ihren Kiefergelenken (oder bei Ihrem Ohr)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Knirschen Sie während des Schlafes oder beißen Sie mit Ihren Zähnen zusammen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Wurde bei Ihnen OSA diagnostiziert oder vermuten Sie, dass Sie darunter leiden?* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Wurden Sie bei einem Schnarch- oder OSA-Spezialisten abgeklärt?* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Nahmen Sie an einer Schlafstudie teil?* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Wurden Sie wegen Schnarchen, OSA oder Schlafstörungen behandelt?* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

* Wenn ja, wo und wann? _____

Familienanamnese

Hatte ein Familienmitglied Herzprobleme/Bluthochdruck/Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnarcht ein Familienmitglied oder hat OSA oder Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer? _____		

Persönliche Information

Gewicht: _____

Grösse: _____

Halsumfang: _____

männlich: mehr als 43

weiblich: mehr als 41 cm

Alkoholkonsum (Menge pro Woche) _____

Rauchgewohnheit (Zigaretten, Zigarren pro Woche) _____