

Dr. med. Rainer Köpcke / Steffen Schiemanck

Fragebogen - Schlafapnoe

Name: Größe:

Vorname: Gewicht:

Geb.-Dat.:

Beruf:

Allgemein:

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| Schnarchen | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> | Werden Schlafmittel eingenommen | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> |
| Schnarchen mit Aussetzern | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> | Morgendliche Anlaufprobleme | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> |
| Ein- und Durchschlafstörung | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> | Morgendlich häufig Kopfschmerzen | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit / Abgeschlagenheit | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> | Nachtschweiß | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> |
| Leistungsfähigkeit vermindert | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> | Nykturie (nächtliches Wasserlassen) | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> | | |

Einschlafneigung:

mehrfach am Tag ja / nein
nach dem Mittagessen ja / nein
beim Lesen ja / nein
beim Fernsehen ja / nein
beim Auto fahren ja / nein

Genussmittel:

(wie viel täglich?)

Kaffee ja / nein
Schwarzer Tee ja / nein
Alkohol ja / nein
Nikotin ja / nein
Bier / Wein ja / nein

Begleiterkrankungen:

Bluthochdruck bekannt ja / nein
Herzinfarkte ja / nein wann ?
Herzrhythmusstörungen ja / nein
Schlaganfall gehabt ja / nein wann ?
Asthma oder chronische Bronchitis ja / nein
Druck auf Brust ja / nein
Diabetes ja / nein seit wann ?

Datum: Unterschrift: