

Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

Patient (Name, Vorname): _____, geb.: _____

1 Wer hat Sie zu uns überwiesen? _____

Beispiel zum Ausfüllen der Skalen Praxisstempel

Bitte markieren Sie mit einem Strich Ihre zutreffende Antwort. Beispiel:

Schnarchen Sie?

Wenn Sie nur selten schnarchen, machen Sie den Strich weiter links, z.B.:

Wenn Sie fast jede Nacht schnarchen, machen Sie den Strich weiter rechts, z.B.:

	niemals	sehr oft

	niemals	sehr oft

2 Schnarchen Sie? |-----|
niemals sehr oft
 ich weiß nicht

3 Bemerkte der Partner Ihr Schnarchen? |-----|
niemals sehr häufig
 ich weiß nicht

4 Ist Ihr Schnarchen lageabhängig? ja, und zwar: _____
 Auf dem Rücken liegend
 Auf der Seite liegend links rechts
 Auf dem Bauch liegend
 nein
 ich weiß nicht

5 Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs? |-----|
niemals sehr häufig
 ich weiß nicht

6 Wachen Sie davon auf? |-----|
niemals sehr häufig
 ich weiß nicht

7 Bemerkte der Partner die Atemaussetzer? |-----|
niemals sehr häufig
 ich weiß nicht

8 Schlafen Sie getrennt voneinander? |-----|
niemals immer

9 Atmen Sie nachts durch die Nase? |-----|
niemals immer
 ich weiß nicht

10 Atmen Sie nachts durch den Mund? |-----|
niemals immer
 ich weiß nicht

11 Wachen Sie nachts zwischendurch auf? |-----|
niemals sehr häufig

Patient (Name, Vorname): _____, geb.: _____

12 Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? _____ mal

13 Sind Sie morgens erholt und ausgeschlafen? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

14 Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

ESS = _____

15 Leiden Sie an Müdigkeit beim Autofahren? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

16 Leiden Sie an Konzentrationsmangel? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

17 Haben Sie Bluthochdruck? ja nein ich weiß nicht

18 Leiden Sie unter morgendlichem Kopfschmerz? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

19 Sind Sie Diabetiker? ja nein ich weiß nicht

Typ: _____

20 Leiden Sie an Tinnitus? ja nein ich weiß nicht

21 Ihre Größe und Ihr Gewicht: _____ cm _____ kg BMI = _____

22 Wurde bei Ihnen eine HNO-OP durchgeführt? nein
 ja, Datum: _____ (MM.JJJJ)

Art der OP: _____

Diese Operation _____
hilft mir nicht/ist nichts für mich _____ hilft mir gut _____

23 Wurde bei Ihnen eine CPAP (Maskenbeatmung) durchgeführt? nein
 ja, von _____ bis _____ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)

Diese Therapie _____
hilft mir nicht/ist nichts für mich _____ hilft mir gut _____

24 Haben Sie eine Zahnschiene gegen nächtliches Zähneknirschen? ja nein

25 Haben Sie eine Zahnschiene gegen Atemaussetzer oder Schnarchen? nein
 ja, von _____ bis _____ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)

Schienenart: _____

Diese Therapie _____
hilft mir nicht/ist nichts für mich _____ hilft mir gut _____

26 Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?

Ergänzungen:

Datum _____ Unterschrift _____