



## Ganzheitlicher Anamnese- und Untersuchungsbogen bei Schlafstörungen / Schnarchen / Schlafapnoe

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen Sie ihn zur Erstuntersuchung mit, so dass wir Ihr Risiko an einer Schlafapnoe zu leiden besser einschätzen können.

Name, Vorname		Hauszahnarzt
Anschrift		Hausarzt
Geburtsdatum	Telefon	Überweisender Arzt

**Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?**

Ja  Nein

**Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)?**

Ja  Nein

**Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen?**

Ja  Nein

**Haben Sie Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankung oder werden Sie dagegen behandelt?**

Ja  Nein

**Haben Sie Übergewicht?**

(Body Mass Index über 35 kg/m<sup>2</sup>?)

Ja  Nein

**Sind Sie über 50 Jahre alt?**

Ja  Nein

**Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf)**

(Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr?

Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?)

Ja  Nein

**Fühlen Sie sich voll leistungsfähig?**

Ja  Nein

**Wachen Sie mehrmals nachts auf?**

Ja  Nein