

Fragebogen: Abwägung der Wahrscheinlichkeit schwerer Apnoephasen

Patient:	Datum:		
Frage	Ja		Nein
<i>Schnarchen Sie jede Nacht, auch ohne Alkohol?</i>			
<i>Werden Personen in benachbarten Räumen gestört?</i>			
<i>Wurden bei Ihnen Atemstillstände im Schlaf beobachtet?</i>			
<i>Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?</i>			
<i>Erwachen Sie morgens bereits mit Kopfschmerzen?</i>			
<i>Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?</i>			
<i>Werden Sie grundlos am Tag mehrmals müde?</i>			
<i>Schlafen Sie leicht beim Fernsehen, Lesen oder am Arbeitsplatz ein?</i>			
<i>Schlafen Sie im Kino oder im Theater ein?</i>			
<i>Werden Sie beim Autofahren leicht müde?</i>			
<i>Haben Sie Schwierigkeiten, sich lange zu konzentrieren?</i>			
<i>Haben Sie Bluthochdruck und nehmen Sie Medikamente dagegen?</i>			
<i>Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel?</i>			
<i>Haben Sie Übergewicht?</i>			