

Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

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

1	Wer hat Sie zu uns überwiesen?	_____		
<p>Beispiel zum Ausfüllen der Skalen</p> <p>Bitte markieren Sie mit einem Strich Ihre zutreffende Antwort. Beispiel:</p> <p style="text-align: center;">Schnarchen Sie?</p> <p>Wenn Sie nur selten schnarchen, machen Sie den Strich weiter links, z.B.:</p> <p>Wenn Sie fast jede Nacht schnarchen, machen Sie den Strich weiter rechts, z.B.:</p>		Praxisstempel		
		niemals	/	sehr oft
		niemals	/	sehr oft
2	Schnarchen Sie?	----- niemals sehr oft		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
3	Bemerkt der Partner Ihr Schnarchen?	----- niemals sehr häufig		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
4	Ist Ihr Schnarchen lageabhängig?	ja, und zwar: _____		
		<input type="checkbox"/> Auf dem Rücken liegend		
		<input type="checkbox"/> Auf der Seite liegend <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
		<input type="checkbox"/> Auf dem Bauch liegend		
		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
5	Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs?	----- niemals sehr häufig		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
6	Wachen Sie davon auf?	----- niemals sehr häufig		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
7	Bemerkt der Partner die Atemaussetzer?	----- niemals sehr häufig		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
8	Schlafen Sie getrennt voneinander?	----- niemals immer		
9	Atmen Sie nachts durch die Nase?	----- niemals immer		
		<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
10	Atmen Sie nachts durch den Mund?	----- niemals immer		
		<input type="checkbox"/> 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 _____