

# Patienten Fragebogen

Patienten Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon (Zuhause): \_\_\_\_\_ (Arbeit) \_\_\_\_\_ (Mobil) \_\_\_\_\_

Name der/s Hausärztin/Hausarztes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name der/s Fachärztin/Facharztes: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Gesundheitszustand

Haben Sie irgendwelche gesundheitliche Beschwerden / Probleme von denen Ihr Mediziner Bescheid weiss?

Atmungssystem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte kreuzen Sie ja oder nein an. **(Bei einigen Fragen müssen Sie Ihren Bettpartner fragen).**

1. Schnarchen Sie oder wurde Ihnen gesagt dass Sie schnarchen?  ja  nein
2. Schnarchen Sie nur wenn Sie auf dem Rücken liegen?  ja  nein
3. Schnarchen Sie laut?  ja  nein
4. Schnarchen Sie jede Nacht?  ja  nein
5. Wurde Ihnen gesagt, dass Sie Atempausen haben oder nach Luft schnappen während Sie schlafen?  ja  nein
6. Musste Ihr Partner schon in einen anderen Raum umziehen während der Nacht?  ja  nein
7. Hatten Sie hohen Blutdruck oder wurden Sie deswegen schon behandelt?  ja  nein
8. Dösen Sie unabsichtlich ein während des Tages?  ja  nein
9. Fühlen Sie sich nach dem Erwachen oft müde?  ja  nein
10. Erwachen Sie am Morgen oft mit Kopfschmerzen?  ja  nein
11. Haben Sie Schwierigkeiten, sich längere Zeit zu konzentrieren?  ja  nein
12. Haben Sie Schmerzen in Ihren Kiefergelenken (oder bei Ihrem Ohr)?  ja  nein
13. Knirschen Sie während des Schlafes oder beißen Sie mit Ihren Zähnen zusammen?  ja  nein
14. Wurde bei Ihnen OSA diagnostiziert oder vermuten Sie, dass Sie darunter leiden? \*  ja  nein
15. Wurden Sie bei einem Schnarch- oder OSA-Spezialisten abgeklärt? \*  ja  nein
16. Nahmen Sie an einer Schlafstudie teil? \*  ja  nein
17. Wurden Sie wegen Schnarchen, OSA oder Schlafstörungen behandelt? \*  ja  nein

\* Wenn ja, wo und wann? \_\_\_\_\_

## Familienanamnese

Hatte ein Familienmitglied Herzprobleme/Bluthochdruck/Diabetes?  ja  nein

Schnarcht ein Familienmitglied oder hat OSA oder Schlafstörungen?  ja  nein

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

## Persönliche Information

Gewicht: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_

Halsumfang: \_\_\_\_\_

männlich: mehr als 43 weiblich: mehr als 41 cm

Alkoholkonsum (Menge pro Woche) \_\_\_\_\_

Rauchgewohnheit (Zigaretten, Zigarren pro Woche) \_\_\_\_\_