

## Fragebogen für Schnarcher

(Bitte vollständig ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:  Beruf:

Gewicht:  Grösse:  M  W  BMI:

Wie stark stört Sie Ihr Schnarchen: nicht [-----] extrem stark

Wie stark stört es Ihre Partner(in): nicht [-----] extrem stark

Wie alt waren Sie, als Sie mit Schnarchen anfangen:

0-10  10-15  15-20  20-30  30-40  40-50  50-60

Häufigkeit (Nächte pro Woche):  1-3  4-6  jede Nacht

In welcher Schlafposition wurde Ihr Schnarchen beobachtet:

Rücken  Seite  Bauch  in jeder Position

Werden Personen in Nebenräumen gestört:  ja  nein

Schlafen Sie alleine im Zimmer:  ja  nein

Wachen Sie nachts auf:  ja  nein

warum?

Hat Ihre Partnerin/Partner bei Ihnen im Schlaf Atemstillstände von 10 Sek. Dauer und mehr bemerkt:

nie  selten  oft  jede Nacht  weiss nicht

Haben Sie nachts oder morgens häufig einen trockenen Mund:  ja  nein

Hatten Sie durch Müdigkeit schon einen Unfall:  ja  nein  beinahe

Schlafen Sie tagsüber:  nein  Mittagsschlaf  Schichtarbeit


Fühlen Sie sich tagsüber oft matt und zerschlagen:  ja  nein

Leiden Sie: - unter morgendlichen Kopfschmerzen  ja  nein

- gesteigerter Reizbarkeit / Launenhaftigkeit  ja  nein

- Konzentrationsstörungen  ja  nein

Anderes:

umblättern 

**Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden 8 Situationen einnicken?**

Gemeint ist nicht nur das Gefühl, müde zu sein, sondern auch wirklich einzuschlafen. Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in den letzten Wochen. Selbst, wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten. Wählen Sie aus der folgen Skala die am besten zutreffende Zahl (0-3).

0 = würde **nie** einschlafen                      2 = würde **möglicherweise** einschlafen  
1 = würde **kaum** einschlafen                      3 = würde **mit grosser Wahrscheinlichkeit** einschlafen

- 1. Sitzen und Lesen  0    1    2    3
- 2. Fernseh schauen  0    1    2    3
- 3. Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Theater, Sitzung, Vortrag)  0    1    2    3
- 4. Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde ohne Halt  0    1    2    3
- 5. Nachmittags abliegen um auszuruhen, wenn es die Umstände erlauben  0    1    2    3
- 6. Sitzen und mit jemandem sprechen  0    1    2    3
- 7. Ruhig sitzen nach dem Mittagessen ohne Alkohol  0    1    2    3
- 8. Im Auto beim Stop an einer Ampel während einigen Minuten  0    1    2    3

Summe:

**Leiden Sie unter**

**welche**

**seit wann**

- Bluthochdruck  ja    nein
- Herzerkrankungen  ja    nein
- Lungenerkrankungen  ja    nein
- Allergien  ja    nein
- Schilddrüsenerkrankungen  ja    nein
- behinderter Nasenatmung  ja    nein

ganzjährig    jahreszeitlich    nachts    tagsüber    li    re    abwechselnd

Zigaretten pro Tag:    Bier / Wein abends:

Medikamente:    keine    Schlafmittel    Beruhigungsmittel

Andere: