

Anamnesebogen Schlafapnoe

Dieser Fragebogen soll Ihrem Arzt helfen, eine genauere Diagnose zu stellen und eine geeignete Behandlung zu planen. Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit und füllen sorgfältig und so vollständig wie möglich aus. Vielen Dank!

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: **ausgefüllt am:**

1. Schlafverhalten

- 1.1. Hat jemand bemerkt, dass Sie im Schlaf schnarchen? Ja Nein
- 1.2. Hat jemand bemerkt, dass Sie während des Schlafs aufhören zu atmen? Ja Nein
- 1.3. Erwachen Sie mit einem Erstickungsgefühl oder Kurzatmigkeit? Ja Nein
- 1.4. Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? Std.
- 1.5. Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen? Ja Nein
- 1.6. Wachen Sie häufig in der Nacht auf? Ja Nein
- 1.7. Fühlen Sie sich morgens ausgeruht? Ja Nein
- 1.8. Haben Sie Kopfschmerzen beim Aufwachen? Ja Nein
- 1.9. Schlafen Sie tagsüber ein oder fühlen Sie sich schläfrig? Ja Nein
- 2.10. Haben Sie Probleme mit Konzentration oder Gedächtnis? Ja Nein
- 2.11. Sind Sie tagsüber oft gereizt oder depressiv? Ja Nein

2. Vorgeschichte und Vorerkrankungen

2.1. Haben Sie andere chronische Erkrankungen?

Bluthochdruck Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen

Schlaganfall Diabetes

andere:

2.2. Rauchen Sie?

Ja, pro Tag seit Jahren = pack years

Nein

2.3. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Wie oft, wie viel?

Nein

2.4. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

3. Beruf

3.1. Welchen Beruf üben Sie aus?

3.2. Arbeiten Sie im Schichtdienst?

Ja Nein

3.3. Arbeiten Sie im Nachtdienst?

Ja Nein

4. Zusätzliche Informationen

4.1. Haben Sie bereits eine Untersuchung oder Behandlung bezüglich Schlafapnoe erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, welche, wann und wo?

4.2. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das für Ihre Beschwerden relevant sein könnte?

Wenn Sie ein Informationsblatt zur Verarbeitung Ihrer Daten gemäß Artikel 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung wünschen, sprechen Sie uns bitte an.