

Anamnesebogen Verlaufskontrolle 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: ausfüllt am:

1. Nutzen Sie Ihr Schlafapnoe-Gerät regelmäßig jede Nacht?

Ja Nein

Wenn nicht, warum?

2. Wieviele Stunden pro Nacht nutzen Sie Ihr Schlafapnoe-Gerät?

Stunden pro Nacht

3. Hatten Sie Probleme mit Gerät oder Maske?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

4. Treten an den Maskenauflageflächen bleibende Druckstellen an der Haut auf?

Ja Nein

5. Ist Ihr Nachtschlaf erholsam?

Ja Nein

6. Schlafen Sie am Tage ein?

Ja Nein

Wenn ja, in welchen Situationen?

7. Hat sich Ihr Gewicht seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis verändert?

Ja, kg

Nein

8. Rauchen Sie?

Ja, pro Tag seit Jahren = pack years

Nein

9. Sind bei Ihnen seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis neue Erkrankungen oder Medikamente hinzugekommen?

Ja Welche?

Nein

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