

 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden, Gesund leben.</small>	<b>Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit</b>	Ansprechpartner: Kaptur, Simone	
Geltungsbereich: Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde		<b>Formular</b>	

Patientenaufkleber

**Datum:**

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden - sich also nicht nur müde fühlen?**

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige der Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- |          |  |
|----------|--|
| <b>0</b> | <b>würde niemals einnicken</b>                 |
| <b>1</b> | <b>geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken</b>  |
| <b>2</b> | <b>mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken</b> |
| <b>3</b> | <b>hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken</b>     |

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um auszuruhen.	0	1	2	3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten.	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) richtig dasitzen.	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen.	0	1	2	3
<b>Bitte <u>nicht</u> ausfüllen</b>				
<b>Summe</b>				

 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden, Gesund leben.</small>	<b>Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit</b>	Ansprechpartner: Kaptur, Simone	
Geltungsbereich: Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	<b>Formular</b>	59923	16-HNO

## Visuelle Analogskala Schnarchen

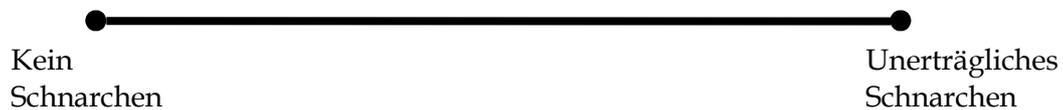
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihr Schnarchen genauer beurteilen zu können, möchten wir Sie bitten, Ihr Schnarchen von Ihrer Bettpartnerin/ Ihrem Bettpartner einschätzen zu lassen.

Bitte verwenden Sie dafür die unten angegebene Linie. Das linke Ende bedeutet „kein Schnarchen“ und das rechte Ende bedeutet „unerträgliches Schnarchen“.

Bitten Sie Ihre Bettpartnerin/ Ihren Bettpartner, an der Stelle ein Kreuz auf der Linie zu machen, das ihrer/ seiner Einschätzung entspricht.

Vielen Dank.



Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

---

Wird vom Arzt ausgefüllt:

Vor Therapie:

nach Therapie:

Durchgeführte Therapie:

---

Patientennummer: