



Patienten  
Aufkleber

**Anamnesebogen Schlaflabor**

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

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

1. Werden Personen in Nebenräumen durch Ihr Schnarchen gestört?  
Ja  Nein
2. Schlafen Sie allein im Zimmer?  
Ja  Nein
3. Hat Ihr Partner bei Ihnen Atemstillstände über 10 Sekunden Dauer bemerkt?  
Ja  Nein
4. Hatten Sie beim Autofahren durch Müdigkeit schon einmal einen Unfall oder „Beinahe-Unfall“?  
Ja  Nein
5. Ordnen Sie bitte Ihre Beschwerden auf den folgenden Linien ein.

-Haben Sie die gefragten Beschwerden nicht, setzen Sie bitte **ganz links** ein Kreuzchen. Leiden Sie sehr unter den gefragten Beschwerden, setzen Sie bitte das Kreuzchen **rechts**. Liegen Ihre Beschwerden zwischen beiden Extremen, setzen Sie bitte das Kreuzchen je nach Ausmaß der Beschwerden zwischen beiden Liniengrenzen.

**abendliche Einschlafschwierigkeit**

kaum ..... ausgeprägt

**Einschlafneigung tagsüber**

kaum ..... ausgeprägt

**Häufigkeit des Schnarchens**

nie ..... jede Nacht

**Wachen Sie nachts auf?**

nie ..... oft

19. Warum wachen Sie nachts auf? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Neigen Sie dazu, tagsüber ohne Grund einzuschlafen? Ja  Nein

7. Wie lange dauert es, bis Sie einschlafen, wenn Sie abends zu Bett gehen?  
weniger als 5 Minuten  mehr als 5 Minuten

8. Üben Sie eine Schichtarbeit aus? Ja  Nein
9. Nehmen Sie Schlafmittel? Nein  Gelegentlich  Regelmäßig
10. Rauchen Sie? Ja  Nein  Pro Tag \_\_\_\_\_
11. Trinken Sie abends regelmäßig Bier oder Wein? Ja  Nein
12. Leiden Sie unter:
- |                          |                          |             |                            |
|--------------------------|--------------------------|-------------|----------------------------|
| Bluthochdruck            | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
| Herzerkrankungen         | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankungen       | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
| Restless Legs Syndrom    | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
| Depression               | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
| Angststörung             | Ja <input type="radio"/> | seit: _____ | Nein <input type="radio"/> |
13. Leiden sie an Allergien Ja  Nein   
 Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. andere Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
15. Hatten sie in der Vergangenheit bereits eine Therapie auf Grund eines diagnostizierten Schlafapnoe Syndroms? Ja  Nein
- Wenn Ja, welche Therapie? CPAP  Zahnschiene  OP  Andere
- Warum haben sie die Therapie abgebrochen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
16. Hatten Sie eine Operation an
- |                                 |                          |                            |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| den Rachenmandeln (Polypen)     | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| den Gaumenmandeln               | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Nasenscheidewand, Nasenmuscheln | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Nasennebenhöhlen                | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
- weitere Kopf oder Hals-Operationen? \_\_\_\_\_
17. Haben Sie eine behinderte Nasenatmung?  
 Ganzjährig  jahreszeitlich  am Tage  nachts  Nein
18. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19. 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 dieser 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 das entsprechende Kästchen an:

Situation	Wahrscheinlichkeit dabei einzuschlafen oder einzunicken			
	Keine (0 Punkte)	Gering (1 Punkt)	Mittel (2 Punkte)	Hoch (3 Punkte)
Ich sitze im Stuhl und lese				
Ich schaue Fernsehen				
Ich sitze im Theater oder in einer Versammlung				
Ich bin Beifahrer im Auto bei einer einstündigen Fahrt				
Ich lege mich nachmittags zum Ausruhen hin				
Ich unterhalte mich mit jemandem				
Ich sitze nach dem Essen im Sessel				
Ich fahre ein Auto, das verkehrsbedingt (Ampel, Stau....) für wenige Minuten anhält				
<b>Summe der Punktzahl</b>				