Fragebogen Schnarchpatienten

Name, Vorname _____ Patienten-Nr. _____

1. Seit wann schnarchen Sie? .....

Wie wird Ihr Schnarchen von der Umgebung beschrieben?
(Bitte fragen Sie doch Ihren Partner/in, wenn Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage unsicher fühlen.)

leise ☐ **laut** ☐

ist es **regelmässig** ☐ oder ist es **unregelmässig** ☐

Wird oft der Atem angehalten zwischen zwei Schnarchstössen? **ja** ☐ nein ☐

Ist das Schnarchen von Ihrer Lage abhängig? Schnarchen Sie
nur auf dem Rücken ☐ auf der rechten Seite ☐
auf dem Bauch ☐ auf der linken Seite ☐ **in allen Lagen** ☐

Wie oft tritt das Schnarchen auf?
vor allem nach Alkoholkonsum ☐
weniger als 1x pro Woche ☐
2-3 Nächte pro Woche ☐ **jede Nacht** ☐

Wachen Sie am Morgen ausgeruht auf? ja ☐ **nein** ☐

Ist Ihre Energie u. Schaffenskraft über die letzten 5 Jahre gleich geblieben? ja ☐ **nein** ☐

2. Was motiviert Sie, das Schnarchen untersuchen und behandeln zu lassen?
Hat sich Ihre Umgebung (Partner/in u. andere) über Ihr Schnarchen beschwert? **ja** ☐ nein ☐
Ist Ihr/e Partner/in aus dem Schlafzimmer wegen des Schnarchens ausgezogen? **ja** ☐ nein ☐
Genieren Sie sich mit Ihrem Schnarchen? **ja** ☐ nein ☐
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Schnarchen Ihrer Gesundheit schaden könnte? **ja** ☐ nein ☐

3. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre gegenwärtige Verfassung.
Es mag sein, dass Sie einige der unten beschriebenen Situationen kürzlich nicht erlebt haben. Geben Sie gleichwohl an, wie Sie sich unter diesen Umständen - Ihrer Meinung nach - verhalten hätten.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den unten beschriebenen Situationen einschlafen?
(d.h. richtig einschlafen im Gegensatz zu sich müde fühlen!!)

Geben Sie die Häufigkeit an, mit der Sie einschlafen würden, indem Sie die passende Zahl auswählen und im rechten Feld einsetzen.

0 = nie **1 = selten** **2 = ab und zu** **3 = oft**

Situation	**Zahl**
Sitzen und Lesen	
Beim Fernsehen	
Sitzen als Zuhörer oder Zuschauer im Theater, an einem Vortrag oder in einer Versammlung	
Als Mitfahrer/in in einem Auto auf einer einstündigen, nicht unterbrochenen Fahrt	
Am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben, dass Sie sich hinlegen und ausruhen können	
Sitzen und mit jemandem sprechen	
Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	
Am Steuer eines Autos, das im Verkehr wenige Minuten anhalten muss	
Summe grösser als 9 **ja** ☐ nein ☐	

4. Können Sie uns noch einige weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit machen?

Ihr heutiges Gewicht in kg ..... Ihr Gewicht vor 5 Jahren in kg .....
Ihr Gewicht mit 20 Jahren in kg .....
Ihre heutige Körpergrösse (cm) .....
Ihre Kragenweite heute ..... Ihre Kragenweite mit 20 Jahren .....

Wurden Sie früher an Mund, Nase oder Rachen operiert ?
(z.B. Nasenscheidewand/Mandeloperation) **ja** ☐ nein ☐
Wenn ja, wann (Jahr) und welche Operation? .....

Sind Sie wegen Müdigkeit oder Schlafstörungen behandelt worden? **ja** ☐ nein ☐
Wenn ja, wie? .....
Von wann bis wann? .....
Nehmen Sie Schlafmedikamente ein? **ja** ☐ nein ☐

5. Leiden Sie an Erkrankungen

a) der Luftwege und Lungen?

Asthma, Chronische Bronchitis, Chronischer Husten, Auswurf **ja** ☐ nein ☐
Atemnot in Ruhe, bei Anstrengung, in der Nacht **ja** ☐ nein ☐

b) des Herzens und des Kreislaufs?

Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt **ja** ☐ nein ☐
Herzrhythmusstörungen **ja** ☐ nein ☐
Bluthochdruck **ja** ☐ nein ☐

Sind Sie gegenwärtig in medizinischer Behandlung? **ja** ☐ nein ☐
Wenn ja, wofür? .....

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein? .....
.....

Sind Sie Raucher/in? **ja** ☐ nein ☐
Was rauchen Sie? .....
Wieviel rauchen Sie pro Tag? .....

Wenn Sie Alkohol trinken, was trinken Sie?

Bier **ja** ☐ nein ☐
Wein **ja** ☐ nein ☐
Spirituosen **ja** ☐ nein ☐
Wieviel? .....

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Datum ..... Unterschrift .....

ST. ANNA-STRASSE 32, 6006 LUZERN
TEL: 041 208 31 01, FAX: 041 208 31 12
E-MAIL: KSM.LUZERN@KSM.CH

WWW.KSM.CH

BADSTRASSE 33, 5330 BAD ZURZACH
TEL: 056 269 60 20, FAX: 056 269 60 39
E-MAIL: KSM.ZURZACH@KSM.CH