

# Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

1 Wer hat Sie zu uns überwiesen? \_\_\_\_\_

Praxisstempel der Mitgliedspraxis

## Beispiel zum Ausfüllen der Skalen

Wenn Sie nur selten schnarchen,  
machen Sie den Strich weiter links, z. B.:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
niemals sehr oft

2 Schnarchen Sie? \_\_\_\_\_  
niemals sehr oft  
 ich weiß nicht

3 Bemerkte der Partner Ihr Schnarchen? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
 schlafe allein

4 Ist Ihr Schnarchen lageabhängig?  ja, und zwar:  
 Auf dem Rücken liegend  links  rechts  
 Auf der Seite liegend  links  rechts  
 Auf dem Bauch liegend  
 nein  
 ich weiß nicht

5 Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
 ich weiß nicht

6 Bemerkte der Partner die Atemaussetzer? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
 ich weiß nicht

7 Wachen Sie nachts zwischendurch auf? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig

8 Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? \_\_\_\_\_ mal

9 Sind Sie morgens erholt und ausgeschlafen? \_\_\_\_\_  
ja, immer nein, nie

10 Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? \_\_\_\_\_  
ja, immer nein, nie

ESS = \_\_\_\_\_

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

11 Leiden Sie an Konzentrationsmangel? | \_\_\_\_\_ |  
ja, immer nein, nie

12 Haben Sie Bluthochdruck?  ja  nein  ich weiß nicht

13 Sind Sie Diabetiker?  ja  nein  ich weiß nicht  
 Typ 1  Typ 2

14 Leiden Sie an Tinnitus?  ja  nein

15 Ihre Größe und Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg BMI = \_\_\_\_\_

16 Wurde bei Ihnen eine HNO-OP durchgeföhrt?  nein  
 ja, Datum: \_\_\_\_\_ (MM.JJJJ)  
Art der OP: \_\_\_\_\_  
Diese Operation | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

17 Wurde bei Ihnen eine CPAP (Maskenbeatmung) durchgeföhrt?  nein  lehne ich ab  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)  
Diese Therapie | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

18 Haben Sie eine Zahnschiene gegen nächtliches Zähneknirschen?  nein  ja  lehne ich ab

19 Haben Sie eine Zahnschiene gegen Atemaussetzer oder Schnarchen? (Unterkieferprotrusionsschiene)  nein  lehne ich ab  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)  
Schieneart: \_\_\_\_\_  
Diese Therapie | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

20 Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ergänzungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_