



Anamnese

Fragebogen zur Beratung vor Behandlung mit intraoralen Schnarchtherapiegeräten

Name: _____ Geb.datum: _____

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Waren Sie schon in einem Schlaflabor? | ja | nein |
| 2. Haben Sie Bluthochdruck?
Wenn ja, wie wird er behandelt? | ja | nein |
| 3. Schnarchen Sie jede Nacht – auch ohne Alkohol? | ja | nein |
| 4. Werden Personen in benachbarten Räumen dadurch gestört? | ja | nein |
| 5. Hat Ihr lautes Schnarchen schon vor dem 30. Lebensjahr begonnen? | ja | nein |
| 6. Schnarchen Sie auch in Bauchlage oder im Sitzen? | ja | nein |
| 7. Werden Sie grundlos mehrmals am Tage müde? | ja | nein |
| 8. Schlafen Sie ein, wenn Sie nichts tun oder entspannt sind? | ja | nein |
| 9. Schlafen Sie innerhalb von fünf Minuten ein, wenn Sie sich hinlegen, oder dauert es länger? | ja | nein |
| 10. Wurden Sie wegen Müdigkeit schon mal in einen Autounfall verwickelt? | ja | nein |
| 11. Fühlen Sie sich morgens beim Erwachen matt und „wie zerschlagen“? | ja | nein |
| 12. Schlafen Sie beim Fernsehen ein? | ja | nein |
| 13. Schlafen Sie im Kino oder im Theater ein? | ja | nein |
| 14. Sagt Ihnen Ihr/e Partner/in ob beim Schnarchen Ihre Atmung öfter aussetzt? | ja | nein |

Vielen Dank für die gewissenhafte Beantwortung der Fragen.