

Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

Patient (Name, Vorname): _____, geb.: _____

1	Wer hat Sie zu uns überwiesen?	_____						
<p>Beispiel zum Ausfüllen der Skalen Praxisstempel</p> <p>Bitte markieren Sie mit einem Strich Ihre zutreffende Antwort. Beispiel:</p> <p style="text-align: center;">Schnarchen Sie?</p> <p>Wenn Sie nur selten schnarchen, machen Sie den Strich weiter links, z.B.:</p> <p>Wenn Sie fast jede Nacht schnarchen, machen Sie den Strich weiter rechts, z.B.:</p>								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">niemals</td> <td style="border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="border: none; text-align: right;">sehr oft</td> </tr> </table>			niemals	-----	sehr oft	niemals	-----	sehr oft
niemals	-----	sehr oft						
niemals	-----	sehr oft						
2	Schnarchen Sie?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	sehr oft	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	sehr oft						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
3	Bemerkt der Partner Ihr Schnarchen?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr häufig</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	sehr häufig	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	sehr häufig						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
4	Ist Ihr Schnarchen lageabhängig?	<p>ja, und zwar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Auf dem Rücken liegend</p> <p><input type="checkbox"/> Auf der Seite liegend <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts</p> <p><input type="checkbox"/> Auf dem Bauch liegend</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</p>						
5	Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr häufig</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	sehr häufig	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	sehr häufig						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
6	Wachen Sie davon auf?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr häufig</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	sehr häufig	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	sehr häufig						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
7	Bemerkt der Partner die Atemaussetzer?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr häufig</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	sehr häufig	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	sehr häufig						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
8	Schlafen Sie getrennt voneinander?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">immer</td> </tr> </table>	niemals	-----	immer			
niemals	-----	immer						
9	Atmen Sie nachts durch die Nase?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">immer</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	immer	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	immer						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
10	Atmen Sie nachts durch den Mund?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">immer</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> ich weiß nicht</td> </tr> </table>	niemals	-----	immer	<input type="checkbox"/> ich weiß nicht		
niemals	-----	immer						
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht								
11	Wachen Sie nachts zwischendurch auf?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">niemals</td> <td style="width: 20%; border: none; text-align: center;"> ----- </td> <td style="width: 40%; border: none; text-align: right;">sehr häufig</td> </tr> </table>	niemals	-----	sehr häufig			
niemals	-----	sehr häufig						

Patient (Name, Vorname): _____, geb.: _____

12 Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? _____ mal

13 Sind Sie morgens erholt und ausgeschlafen? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

14 Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? _____
ja, immer _____ nein, nie _____
ESS = _____

15 Leiden Sie an Müdigkeit beim Autofahren? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

16 Leiden Sie an Konzentrationsmangel? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

17 Haben Sie Bluthochdruck? ja nein ich weiß nicht

18 Leiden Sie unter morgendlichem Kopfschmerz? _____
ja, immer _____ nein, nie _____

19 Sind Sie Diabetiker? ja nein ich weiß nicht
Typ: _____

20 Leiden Sie an Tinnitus? ja nein ich weiß nicht

21 Ihre Größe und Ihr Gewicht: _____ cm _____ kg BMI = _____

22 Wurde bei Ihnen eine HNO-OP durchgeführt? nein
 ja, Datum: _____ (MM.JJJJ)
Art der OP: _____
Diese Operation _____
hilft mir nicht/ist nichts für mich _____ hilft mir gut _____

23 Wurde bei Ihnen eine CPAP (Maskenbeatmung) durchgeführt? nein
 ja, von _____ bis _____ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)
Diese Therapie _____
hilft mir nicht/ist nichts für mich _____ hilft mir gut _____

24 Haben Sie eine Zahnschiene gegen nächtliches Zähneknirschen? ja nein

25 Haben Sie eine Zahnschiene gegen Atemaussetzer oder Schnarchen? (Unterkiefer-Protrusionsschiene)? nein
 ja, von _____ bis _____ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)
Schieneart: _____
Diese Therapie _____
hilft mir nicht/ist nichts für mich _____ hilft mir gut _____

26 Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?

Ergänzungen: _____

Datum _____ Unterschrift _____