



Praxis Jesenwang  
Kirchstr. 2 • 82287 Jesenwang

## Fragebogen schlafbezogene Atemstörungen

CPAP- Kontrolle:

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Schlafenszeit: von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Neigen Sie dazu, tagsüber ohne richtigen Grund einzuschlafen?**

Ja  Nein

**Wie lange dauert es, bis Sie einschlafen, wenn Sie abends zu Bett gehen?**

Weniger als 5 Minuten  Mehr als 5 Minuten

**Üben Sie eine Schichtarbeit aus?**

Ja  Nein

**Schlafen Sie unter der Woche weniger als 6 Stunden pro Nacht?**

Ja  Nein

**Nehmen Sie Schlafmittel?**

Ja  Nein  Gelegentlich

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden acht Situationen einnicken oder einschlafen, sich also müde fühlen? Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten.

Benutzen Sie die folgende Skala von 0 bis 3 um die am besten passende Zahl für jede Situation auszuwählen.

0= würde niemals einnicken

1= geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2= mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3= hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Im Sitzen lesen \_\_\_\_\_

Fernsehen \_\_\_\_\_

Ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort \_\_\_\_\_

Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde Fahrt ohne Pause \_\_\_\_\_

Sich nachmittags zum ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben \_\_\_\_\_

Mit jemandem zusammensitzen und sich unterhalten \_\_\_\_\_

Ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol \_\_\_\_\_

In einem Auto, während man für einige Minuten im Verkehr anhält \_\_\_\_\_

Summe: \_\_\_\_\_

**Achtung:** Wir bitten Sie dringend die Geräteeinweisung zu beachten. Bei unsachgemäßer Benutzung und daraus resultierender Beschädigung des Polygraphiegerätes können Sie für den Schaden haftbar gemacht werden.

Die Einmalnasenbrille muss für 1€ gekauft werden. Sie gehört anschließend Ihnen und kann für weitere Messungen aufgehoben werden..

Jesenwang, den: \_\_\_\_\_

Unterschrift Pat.: \_\_\_\_\_  
(oder gesetzlicher Vertreter)