



Patientenfragebogen 1 für Terminvergabe Polygraphie

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		Tagesdatum
Beruf	Größe	Gewicht

Schlaf	Nie	Selten	Häufig
Wurde berichtet, dass Sie Schnarchen? Wenn JA, seit wie vielen Jahren? _____			
Hat die Schnarchintensität zugenommen? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, seit wann? _____			
Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ungefähr schlafen und wann stehen Sie morgens auf? Von _____ Uhr bis _____ Uhr / wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? _____ Std.			
Wachen Sie morgens unausgeschlafen und gerädert auf?			
Wurden von Ihrem Partner nächtliche Atempausen beobachtet?			
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?			
Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?			
Schwitzen Sie nachts?			
Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit?			
Arbeiten Sie im Schichtdienst? JA _____ NEIN _____			
Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, mit welchem Ergebnis? Unauffällig _____ Schlafapnoe _____ Wo? _____ Wann? _____			
Tragen Sie eine Atemmaske? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, seit wann? _____			



Tagesbefinden	Nie	Selten	Häufig
Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?			
Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf?			
Fühlen Sie sich überdurchschnittlich müde und abgeschlagen?			
Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?			
Ist Ihr Konzentrationsvermögen beeinträchtigt?			
Sind Sie auffällig vergesslich?			
Benutzen Sie Nasenspray?			
Leiden Sie unter einer behinderten Nasenatmung?			
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Nasennebenhöhlen?			
Sind Allergien bekannt? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, welche? _____			

Ernährung und Genussmittel
Rauchen Sie? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, wie viele Zigaretten am Tag? _____
Trinken Sie Alkohol? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, was und wieviel? _____
Trinken Sie Kaffee? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, wie viele Tassen am Tag? _____
Trinken Sie Cola? JA _____ NEIN _____ Wenn JA, wie viele Gläser am Tag? _____
Haben Sie chronische Erkrankungen? JA _____ NEIN _____ Wenn JA welche? _____