HNO-Praxis an der Oper
Dr. med. Rosemarie Neumann
Dr. med. Stefan Tesche
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dammtorstraße 27, 20354 Hamburg

SCHNARCHEN

Visuelle Analogskala

Intensität des Schnarchgeräusches

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lassen Sie Ihre Bettpartnerin bzw. Ihren Bettpartner auf der folgenden Skala die Intensität Ihres Schnarchgeräusches ankreuzen.

Die Zahl 0 bedeutet kein Schnarchen, die Zahl 10 maximal vorstellbares Schnarchen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schnarchen										maximal vorstellbares Schnarchen

Name _____ Datum _____

Bitte geben Sie dieses Blatt bei Ihrem nächsten Besuch in der Praxis wieder ab.

HNO-Praxis an der Oper
Dr. med. Rosemarie Neumann
Dr. med. Stefan Tesche
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dammtorstraße 27, 20354 Hamburg

FRAGEBOGEN

Schlaffragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten **während der letzten vier Wochen, falls nicht anders angegeben.** Ihre Angaben sollten so genau wie möglich sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Name _____ Datum _____

1. Beruf

_____

2. Arbeitszeiten

von _____ Uhr bis _____ Uhr

3. Größe und Gewicht

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie im letzten halben Jahr zu- oder abgenommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viel? _____ kg

4. Wann gehen Sie üblicherweise ins Bett?

Wochentags _____ Uhr Wochenende _____ Uhr

5. Wie lange dauert es üblicherweise zwischen dem Auslöschen des Lichts und dem Einschlafen?

_____ Minuten

6. Wann stehen Sie üblicherweise morgens auf?

Wochentags _____ Uhr Wochenende _____ Uhr

7. Wie viele Stunden schlafen Sie tatsächlich üblicherweise nachts?

_____ Stunden

8. Wie oft wachen Sie während des Schlafes auf?

☐ Gar nicht ☐ _____ Mal pro Nacht

9. Wie leicht fällt Ihnen das Aufstehen nach dem Schlafen?

☐ Immer schwer ☐ Manchmal schwer ☐ Selten schwer ☐ Kein Problem

10. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, …

a) … weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

b) … weil Sie mitten in der Nacht oder frühmorgens aufgewacht sind?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

c) … weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

d) … weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

e) … weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

f) … weil Ihnen zu warm war?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

g) … weil Sie schlecht geträumt haben?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

h) … weil Sie Schmerzen hatten?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

i) … weil es in Ihren Beinen und/oder Armen kribbelte?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

j) … weil es andere Gründe gab? Bitte beschreiben Sie:

_____

Wie oft konnten Sie während der letzten vier Wochen aus diesem Grund schlecht schlafen?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

11. Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen bezeichnen?

☐ sehr gut ☐ ziemlich gut ☐ ziemlich schlecht ☐ sehr schlecht

12. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

Falls ja, welche Mittel und in welcher Dosierung? _____

13. Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen tagsüber Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, bei der Arbeit, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

Sind Sie deshalb schon einmal in einen Unfall verwickelt worden?

☐ ja ☐ nein ☐ beinahe

14. Haben Sie in den letzten vier Wochen tagsüber geschlafen?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

Falls ja, wie lange? _____ Minuten

Fühlten Sie sich danach erfrischt?

☐ immer ☐ meistens ☐ selten ☐ nie

15. Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, Ihre üblichen Alltagsaufgaben mit genügend Schwung zu erledigen?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

16. Haben Sie in den letzten vier Wochen Folgendes an sich bemerkt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ gesteigerte Reizbarkeit ☐ gesteigerte Launenhaftigkeit ☐ Konzentrationsstörungen

☐ Gedächtnisstörungen ☐ Leistungsabfall

17. Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?

☐ ja

☐ ja, aber eine Partnerin / ein Partner bzw. Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer

☐ nein, Partnerin / Partner schläft im selben Zimmer, aber in einem anderen Bett

☐ nein, Partnerin / Partner schläft im selben Bett

18. Falls Sie eine Partnerin / einen Partner oder Mitbewohner haben: Fragen Sie bitte, ob und wie oft sie oder er in den letzten vier Wochen Folgendes bei Ihnen bemerkt hat.

a) Lautes Schnarchen

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

In welcher Körperposition wurde das Schnarchen beobachtet?

☐ Rücken ☐ linke Seite ☐ rechte Seite ☐ Bauch ☐ im Sitzen

Seit wann schnarchen Sie? _____

Werden Personen in Nebenräumen dadurch gestört?

☐ ja ☐ nein

b) Wurden lange Atempausen während des Schlafes festgestellt?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Zehen, Beine und/oder Arme während des Schlafes?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes?

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

e) Andere Formen von Unruhe während des Schlafes; bitte beschreiben Sie:

_____

_____

19. Haben Sie eine Nasenatmungsbehinderung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

☐ ganzjährig ☐ jahreszeitlich ☐ am Tage ☐ in der Nacht

20. Haben Sie häufig Infekte der oberen Atemwege?

☐ ja ☐ nein

21. Haben Sie häufig folgende Beschwerden?

	ja	nein
Trockenheit der Nase	☐	☐
Schleimfluss im Rachen	☐	☐
Geruchsstörungen	☐	☐
Schmeckstörungen	☐	☐

22. Leiden Sie unter …

	nein	ja, seit wann?
Bluthochdruck	☐	☐
Herzerkrankung	☐	☐
Lungenerkrankung	☐	☐
Allergien der Atemwege	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐

23. Hatten Sie bereits eine Operation …

	nein	ja, wann?
an den Rachenmandeln („Polypen“)?	☐	☐
an den Gaumenmandeln („die Mandeln“)?	☐	☐
an der Nase und/oder den Nebenhöhlen?	☐	☐
im Kopf-Hals-Bereich?	☐	☐

Welche Art der Operation wurde dabei durchgeführt? Bitte beschreiben Sie, soweit möglich:

24. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

☐ nein ☐ ja, seit wann? _____

Falls ja, schreiben Sie bitte Namen und Dosierung auf:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

25. Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja, seit wann? _____

26. Haben Sie in den letzten vier Wochen Alkohol getrunken?

Während der Woche:

☐ Gar nicht ☐ 1–2 × ☐ 3 × oder mehr

Falls ja, wann am Tag?

☐ mittags ☐ abends vor dem Schlafengehen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

HNO-Praxis an der Oper
Dr. med. Rosemarie Neumann
Dr. med. Stefan Tesche
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dammtorstraße 27, 20354 Hamburg

FRAGEBOGEN

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

Epworth Sleepiness Scale

Name _____ Geb.-Datum _____

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen, und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

0 = würde *niemals* einnicken
1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken
2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken
3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	**Wahrscheinlichkeit einzunicken**			
Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag)	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	0	1	2	3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3
Summe (bitte nicht ausfüllen)				

Auswertung: Liegt die Summe bei 7 oder mehr von 24 möglichen Punkten, kann bei Ihnen eine vermehrte Schläfrigkeit bestehen. Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne persönlich.