

# Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen



Dr. Sandra Otto

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1 Wer hat Sie zu uns überwiesen? \_\_\_\_\_

## Beispiel zum Ausfüllen der Skalen

Wenn Sie nur selten schnarchen, \_\_\_\_\_  
machen Sie den Strich weiter links, z. B.: niemals sehr oft

2 Schnarchen Sie? \_\_\_\_\_  
niemals sehr oft  
 ich weiß nicht

3 Bemerkt der Partner Ihr Schnarchen? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
 schlafe allein

4 Ist Ihr Schnarchen lageabhängig?  ja, und zwar:  
 Auf dem Rücken liegend  
 Auf der Seite liegend  links  rechts  
 Auf dem Bauch liegend  
 nein  
 ich weiß nicht

5 Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
 ich weiß nicht

6 Bemerkt der Partner die Atemaussetzer? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
 ich weiß nicht

7 Wachen Sie nachts zwischendurch auf? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig

8 Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? \_\_\_ mal

9 Sind Sie morgens erholt und ausgeschlafen? \_\_\_\_\_  
ja, immer nein, nie

10 Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? \_\_\_\_\_  
ja, immer nein, nie



Dr. Sandra Otto

**11** Leiden Sie an Konzentrationsmangel? | \_\_\_\_\_ |  
ja, immer nein, nie

**12** Haben Sie Bluthochdruck? ja nein ich weiß nicht

**13** Sind Sie Diabetiker? ja nein ich weiß nicht  
Typ 1 Typ 2

**14** Leiden Sie an Tinnitus? ja nein

**15** Ihre Größe und Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

**16** Wurde bei Ihnen eine HNO-OP durchgeführt? nein  
ja, Datum: \_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)  
Art der OP: \_\_\_\_\_

Diese Operation | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

**17** Wurde bei Ihnen eine CPAP (Maskenbeatmung) durchgeführt? nein lehne ich ab  
ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

Diese Therapie | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

**18** Haben Sie eine Zahnschiene gegen nächtliches Zähneknirschen? nein ja lehne ich ab

**19** Haben Sie eine Zahnschiene gegen Atemaussetzer oder Schnarchen? (Unterkieferprotrusionsschiene)? nein lehne ich ab  
ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

Schienenart: \_\_\_\_\_  
Diese Therapie | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

**20** Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?

---

---

---

---

---