

Wenn Sie

SCHLAFSTÖRUNGEN

haben...

...dann gibt die Beantwortung der nachfolgenden Fragen Ihrem behandelnden Arzt oder Zahnarzt erste Anhaltspunkte, ob es sich bei Ihnen um „harmloses Schnarchen“ handelt, oder der Verdacht auf eine ernstzunehmende Erkrankung (z.B. Schlafapnoe) besteht, die dann weitergehend untersucht werden muss.

Überreicht von:

--

	ja	nein
1. Schnarchen Sie jede Nacht – auch ohne Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Werden auch Personen in benachbarten Räumen gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurden bei Ihnen Atemstillstände im Schlaf beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erwachen Sie häufiger mit Heiserkeit, Halsschmerzen, Kopfschmerzen oder einem trockenen Hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bemerkten Sie eine nachlassende Leistungsfähigkeit, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Ein- und / oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schlafen Sie häufiger tagsüber ein (z. B. vor dem Fernseher, vor dem Computer, im Kino, bei Vorträgen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Werden Sie beim Autofahren leicht müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bemerkten Sie eine nachlassende Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie einen Bluthochdruck, Zuckererkrankung, Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie eine chronische Bronchitis, Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie Übergewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bemerkten Sie unruhige Beine, Missempfindungen der Beine besonders vor dem Schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie nachts Sodbrennen, Herzschmerzen oder Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kompetenz-Netz Schlafmedizin NRW e.V.
HARANNI CLINIC
Schulstrasse 30 · 44623 Herne
Tel. 0 23 23/94 68 251
Fax 0 23 23/94 68 222

E-Mail: kompetenz-schlafmedizin@haranni-clinic.de