Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

DGZS
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

Patient (Name, Vorname): ..... **, geb.:** .....

1	Wer hat Sie zu uns überwiesen?	
	Beispiel zum Ausfüllen der Skalen Bitte markieren Sie mit einem Strich Ihre zutreffende Antwort. Beispiel: Schnarchen Sie? Wenn Sie nur selten schnarchen, machen Sie den Strich weiter links, z.B.: Wenn Sie fast jede Nacht schnarchen, machen Sie den Strich weiter rechts, z.B.:	Praxisstempel niemals — sehr oft niemals — sehr oft
2	Schnarchen Sie?	niemals — sehr oft ☐ ich weiß nicht
3	Bemerkt der Partner Ihr Schnarchen?	niemals — sehr häufig ☐ ich weiß nicht
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	Wachen Sie davon auf?	niemals — sehr häufig ☐ ich weiß nicht
7	Bemerkt der Partner die Atemaussetzer?	niemals — sehr häufig ☐ ich weiß nicht
8	Schlafen Sie getrennt voneinander?	niemals — immer
9	Atmen Sie nachts durch die Nase?	niemals — immer ☐ ich weiß nicht
10	Atmen Sie nachts durch den Mund?	niemals — immer ☐ ich weiß nicht
11	Wachen Sie nachts zwischendurch auf?	niemals — sehr häufig

© DGZS e.V. - DGZS-Anamnesebogen 1.0/2011

Patient (Name, Vorname): ....., **geb.:** .....

12 Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? ..... mal

13 Sind Sie morgens erholt und ausgeschlafen?
ja, immer ——— nein, nie

14 Leiden Sie an Tagesmüdigkeit?
ja, immer ——— nein, nie

ESS =

15 Leiden Sie an Müdigkeit beim Autofahren?
ja, immer ——— nein, nie

16 Leiden Sie an Konzentrationsmangel?
ja, immer ——— nein, nie

17 Haben Sie Bluthochdruck? ☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

18 Leiden Sie unter morgendlichem Kopfschmerz?
ja, immer ——— nein, nie

19 Sind Sie Diabetiker? ☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Typ: .....

20 Leiden Sie an Tinitus? ☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

21 Ihre Größe und Ihr Gewicht: ..... cm ..... kg BMI =

22 Wurde bei Ihnen eine HNO-OP durchgeführt?
☐ nein
☐ ja, Datum: ..... (MM.JJJJ)

Art der OP: .....

Diese Operation
hilft mir nicht/ist nichts für mich ——— hilft mir gut

23 Wurde bei Ihnen eine CPAP (Maskenbeatmung) durchgeführt?
☐ nein
☐ ja, von ..... bis ..... (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)

Diese Therapie
hilft mir nicht/ist nichts für mich ——— hilft mir gut

24 Haben Sie eine Zahnschiene gegen nächtliches Zähneknirschen? ☐ ja ☐ nein

25 Haben Sie eine Zahnschiene gegen Atemaussetzer oder Schnarchen? (Unterkiefer-Protrusionsschiene)?
☐ nein
☐ ja, von ..... bis ..... (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)

Schienenart: .....

Diese Therapie
hilft mir nicht/ist nichts für mich ——— hilft mir gut

26 Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?

.....

.....

Ergänzungen:

.....

.....

Datum ..... **Unterschrift** .....

DGZS e.V. - DGZS-Anamnesebogen 10/2011