



Vorab-Fragebogen

Schnarchen &

schlafbezogene

Atmungsstörungen

Vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit nehmen. Dieser Fragebogen hilft mir, Ihr Schnarchen und mögliche Atempausen in der Nacht besser zu verstehen und unser erstes Gespräch gezielt vorzubereiten. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft.

1. Allgemeine Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

2. Schlafgewohnheiten

- Ich gehe meist zwischen _____ und _____ Uhr ins Bett
- Ich schlafe in der Regel innerhalb von 30 Minuten ein
- Ich brauche häufiger länger als 30 Minuten zum Einschlafen
- Ich wache nachts mehrmals auf

Meine häufigste Schlafposition:

- überwiegend Rückenlage
- überwiegend Seitenlage
- überwiegend Bauchlage

3. Arbeit

- Ich arbeite im Schichtdienst
- Ich arbeite regelmäßig Nachtdienste

Falls ja: Welche Schichtformen / Häufigkeit?

4. Symptome im Schlaf

- Ich schnarche (laut oder hörbar für andere)

Wie häufig schnarche ich:

- selten
- mehrmals pro Woche
- fast jede Nacht
- Bei mir wurden Atempausen beobachtet
- Ich wache manchmal mit Luftnot auf
- Mundtrockenheit am Morgen
- Nächtliches Schwitzen
- Nächtlicher Harndrang

5. Belastung durch Schnarchen

- Ich selbst fühle mich durch das Schnarchen belastet
- Mein/e Partner/in fühlt sich durch mein Schnarchen belastet
- Ich weiß es nicht / keine Rückmeldung

6. Beschwerden am Tag

- Müdigkeit / Erschöpfung
- Konzentrationsprobleme
- Tagesmüdigkeit / Einschlafneigung
- Kopfschmerzen am Morgen
- Reizbarkeit / emotionale Belastung

7. Begleitfaktoren

- Verstopfte Nase / Allergien
- Zähneknirschen / Kieferbeschwerden
- Alkoholkonsum am Abend
- Rauchen
- Herz-/Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck
- Nächtlicher Reflux / Sodbrennen
- Ich nehme regelmäßig Medikamente ein

Bitte nennen Sie speziell Medikamente zur Entspannung, Beruhigung oder Muskelrelaxation:

8. Bisherige Diagnostik / Therapie

- Schlaflabor durchgeführt (Datum / Ort): _____
- HNO- oder lungenfachärztliche Abklärung.

- CPAP-Maske genutzt.
- Unterkiefer-Protrusionsschiene genutzt.
- Ich hatte bereits Operationen im Bereich Nase / Rachen / Mandeln.

Art der Operation / Zeitpunkt:

9. Stressbelastung

Wie hoch ist Ihre tägliche Stressbelastung? (0 = gar nicht, 10 = extrem hoch)

Bitte Zahl eintragen: _____

10. Ihre Ziele

Was wünschen Sie sich durch die Behandlung am meisten?
