

DR. MED. TH. FENNER-GNEHM
FMH ORL, Hals- und Gesichtschirurgie
Asylstrasse 58 / Römerhof -
8032 Zürich
Telefon 044 / 252 20 90
Telefax 044 / 252 20 66
tfenner@hin.ch

Fragebogen Schnarchpatienten

Name/Vorname

PLZ/Ort, Strasse

Tel.-Nr.

Pat.Nr.

Geburtsdatum

Dürfen wir Sie bitten, uns die folgenden Fragen so exakt wie möglich zu beantworten. Damit helfen Sie mit, unsere Abklärung zu verbessern.

1. Seit wann schnarchen Sie?.....

Wie wird Ihr Schnarchen von der Umgebung beschrieben?

(Bitte fragen Sie doch Ihre/n Partner/n, wenn Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage unsicher fühlen.)

leise laut
ist es regelmässig oder ist es unregelmässig

Wird oft der Atem angehalten zwischen zwei Schnarchstössen ja nein

Ist das Schnarchen von Ihrer Lage abhängig? Schnarchen Sie
nur auf dem Rücken auf der rechten Seite
auf dem Bauch auf der linken Seite in allen Lagen

Wie oft tritt das Schnarchen auf?

vor allem nach Alkoholkonsum
weniger als 1x pro Woche
2-3 Nächte pro Woche jede Nacht

Wachen Sie am Morgen ausgeruht auf?

Ist Ihre Energie u. Schaffenskraft über die letzten 5 Jahre gleich geblieben? ja nein

2. Was motiviert Sie, das Schnarchen untersuchen und behandeln zu lassen?

Hat sich Ihre Umgebung (Partner/in u. andere) über Ihr Schnarchen beschwert? Ja nein
Ist Ihr/e Partner/in aus dem Schlafzimmer wegen des Schnarchens ausgezogen? Ja nein
Genieren Sie sich mit Ihrem Schnarchen? Ja nein
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Schnarchen Ihrer Gesundheit schaden könnte? Ja nein

3. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre gegenwärtige Verfassung.

Es mag sein, dass Sie einige der unten beschriebenen Situationen kürzlich nicht erlebt haben. Geben Sie gleichwohl an, wie Sie sich unter diesen Umständen - Ihrer Meinung nach - verhalten hätten.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den unten beschriebenen Situationen einschlafen ?

(d.h. richtig einschlafen im Gegensatz zu sich müde fühlen!!)

Geben Sie die Häufigkeit an, mit der Sie einschlafen würden, indem Sie die passende Zahl auswählen und im rechten Feld einsetzen.

0=nie

1=selten

2= ab und zu

3=oft

Situation	Zahl
Sitzen und Lesen	
Beim Fernsehen	
Sitzen als Zuhörer oder Zuschauer im Theater, an einem Vortrag oder in einer Versammlung	
Als Mitfahrer/in in einem Auto auf einer einstündigen, nicht unterbrochenen Fahrt	
Am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben, dass Sie sich hinlegen und ausruhen können	
Sitzen und mit jemandem sprechen	
Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	
Am Steuer eines Autos, das im Verkehr wenige Minuten anhalten muss	
Summe grösser als 9	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

3. Können Sie uns noch einige weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit machen?

Ihr heutiges Gewicht in kg Ihr Gewicht vor 5 Jahren in kg
 Ihre heutige Körpergrösse (cm) Ihr Gewicht mit 20 Jahren in kg
 Ihre Kragenweite heute Ihre Kragenweite mit 20 Jahren

Wurden Sie früher an Mund, Nase oder Rachen operiert? ja nein
 (z.B. Nasenscheidewand/Mandelopoperation)
 Wenn ja, wann (Jahr) und welche Operation?

Sind Sie wegen Müdigkeit oder Schlafstörungen behandelt worden? ja nein
 Wenn ja, wie?
 Von wann bis wann?

Nehmen Sie Schlafmedikamente ein?

4. Leiden Sie an Erkrankungen

a) der Luftwege und Lungen? Asthma ja nein
 Chronische Bronchitis ja nein
b) des Herzens und des Kreislaufs? Angina pectoris ja nein
 Zustand nach Herzinfarkt ja nein
 Herzrhythmusstörungen ja nein
 Bluthochdruck ja nein

Sind Sie gegenwärtig in medizinischer Behandlung? ja nein
 Wenn ja, wofür?

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein?

Sind Sie Raucher/in ja nein
 Was rauchen Sie?
 Wieviel rauchen Sie pro Tag?

Wenn Sie Alkohol trinken, was trinken Sie ?

Bier ja nein
 Wein ja nein
 Spirituosen ja nein

Wieviel?

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe !

Datum.....

Unterschrift.....

Bitte ausgefüllten Fragebogen per Fax an Nummer 01 252 20 66 retournieren.