

### Polygrafie-Fragebogen

vollständig ausfüllen

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Hausarzt:** \_\_\_\_\_

#### Hinweise:

- Füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben ihn umgehend an die Praxis zurück.
- Das Schlafgerät (Polygrafie) geben wir Ihnen mit, damit Sie es selbst am gleichen Abend anlegen. Persönliches Erscheinen ist erforderlich.
- Das Gerät muss am folgenden Werktag bis 10.00 Uhr zurückgebracht werden.
- Sollten Sie nicht kommen können, sagen Sie unbedingt vorher ab.

#### Beschwerden

Schnarchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Atempausen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Morgens erholt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Tagsüber müde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Einschlafen in langweiligen Situationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja: wie oft?: _____ mal
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bettzeit	von _____ Uhr bis _____ Uhr		

#### Nur, wenn Sie bereits eine Maskentherapie nutzen:

Probleme mit dem Gerät?  nein  ja, ggf. welche? \_\_\_\_\_  
 Probleme mit der Maske?  nein  ja, ggf. welche? \_\_\_\_\_  
 Regelmässige Nutzung?  nein  ja, ggf. warum nicht? \_\_\_\_\_  
 Durchschnittliche nächtliche Nutzung: \_\_\_\_\_ Stunden

#### Bekannte Erkrankungen (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herz-Bypass-Op	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> pAVK	<input type="checkbox"/> Prostatakrebs
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Brustkrebs
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> andere: _____

#### Medikamente (ggf. Liste beifügen. Medikamente zum Einatmen nicht vergessen!)

Medikament	morgens	mittags	abends

#### Rauchen

ja  nicht mehr  noch nie

Wenn ja (oder nicht mehr):

Beginn (Jahr): \_\_\_\_\_ ggf. Ende (Jahr): \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_ /Tag

