Dr. med. D. Holtermann
Praxis für Lungenheilkunde • Allergologie • Schlafmedizin

Bergmannstr. 46
26789 Leer
0491-9279350

Polygrafie-Fragebogen

Datum: **Name:** **Vorname:** **Geb.:**

Adresse: **Krankenkasse:**

Telefon: **E-Mail:** **Hausarzt:**

Hinweise:

- Fragebogen **vollständig** ausfüllen und **sofort** zurückgeben. Nur mit vorliegendem, ausgefülltem und unterschriebenem Fragebogen ist Ihr Termin verbindlich.
- 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.
- Absage **unbedingt spätestens 1 Werktag vorher**, sonst Verdienstausfallrechnung über 80 € (Rechnungsstellung über die private Verrechnungsstelle PVS, an die die Abrechnungsdaten zu diesem Zweck weitergegeben werden).

Beschwerden

Schnarchen	☐ nein	☐ ja	
Atempausen	☐ nein	☐ ja	
Morgens erholt	☐ nein	☐ ja	
Tagsüber müde	☐ nein	☐ ja	
Einschlafen in langweiligen Situationen	☐ nein	☐ ja	
Nächtliches Wasserlassen	☐ nein	☐ ja	wenn ja: wie oft? ____ mal
Einschlafstörung	☐ nein	☐ ja	
Durchschlafstörung	☐ nein	☐ 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)

☐ COPD	☐ Herzinfarkt	☐ Diabetes
☐ Asthma	☐ Herz-Bypass-Op	☐ Rheuma
☐ Schlafapnoe	☐ Beinvenenthrombose	☐ Neurodermitis
☐ Lungenkrebs	☐ pAVK	☐ Prostatakrebs
☐ Lungenembolie	☐ hoher Blutdruck	☐ Brustkrebs
☐ Tuberkulose	☐ Depression	☐ 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

Alkohol ☐ nein ☐ ja wenn ja, was und wieviel?

Beruf:

Schichtdienst ☐ nein ☐ ja (wenn ja: ☐ Früh ☐ Spät ☐ Nacht)

Epworth Sleepiness Scale

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden - sich also nicht nur müde fühlen? Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten. Kreuzen Sie für jede Situation die entsprechende Zahl an:

0 = würde niemals einnicken 1 = geringe Wahrscheinlichkeit 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit 3 = hohe Wahrscheinlichkeit

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Beim Fernsehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzend (z.B. Theater, Vortrag)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzend	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Als Fahrer eines Autos, verkehrsbedingt einige Minuten haltend	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Summe				/ 24

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt oder andere mit- bzw. nachbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (§ 73 Abs. 1 b SGB V).
Den Inhalt der Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

☐ Ich stimme zu. Datum: Unterschrift:

bitte hier unterschreiben (am Bildschirm ausfüllen oder ausdrucken und handschriftlich unterschreiben)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

nur vom Team auszufüllen

☐ Body ☐ Lyse ☐ Diff ☐ P0,1/PI max	☐ BGA ☐ FeNO	☐ PG erklärt **ePA:** ☐ gewünscht ☐ nicht gewünscht	**Notizen:**