

# Fragebogen zum Schlaf-Apnoe-Syndrom

Beantworten Sie die 13 Fragen nach folgendem Punktsystem.

**nie = 0, selten = 1, oft = 2, Sehr oft = 3 Punkte**

- |   | nie                      | selten                   | oft                      | sehr oft                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie tagsüber oft schläfrig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nicken Sie tagsüber oft spontan ein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Schwierigkeiten, lange konzentriert zu bleiben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fühlen Sie sich in der Leitungsfähigkeit eingeschränkt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schnarchen Sie laut oder behaupten dies andere von Ihnen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wurden im Schlaf Atemstillstände beobachtet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Schlafen Sie in folgenden Situationen zwanghaft ein?   |                          |                          |                          |                          |
| a) beim Fernsehen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) beim Lesen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) am Arbeitsplatz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) beim Gespräch mit anderen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) beim Autofahren?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Schlafen Sie abends schlecht ein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kommt es vor, dass Sie nachts aufwachen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wachen Sie früher als gewöhnlich auf, ohne wieder einzuschlafen, oder ist die Wiedereinschlafzeit verlängert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Schlafen Sie unruhig bzw. ist Ihr Bett morgens zerwühlt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Gesamtpunktzahl:** \_\_\_\_\_

Mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Schlaf-Apnoe-Syndrom vorliegt, ergibt sich aus der Addition der Punkte:

0 bis 14 Punkte:	unwahrscheinlich
15 bis 25 Punkte:	ziemlich unwahrscheinlich
mehr als 25 Punkte:	sehr wahrscheinlich

(Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Ruhrlandklinik in Essen Heidhausen)