

## Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Datum: .....

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

**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.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

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

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③ ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	
Summe	

# Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Patientenfragebogen (Teil 1)

(graue Felder werden vom Zahnarzt ausgefüllt)

**Patient** (Name, Vorname): ..... , **geb.:** .....

**1** Wer hat Sie zu uns überwiesen? .....

Praxisstempel der Mitgliedspraxis

## Beispiel zum Ausfüllen der Skalen

Wenn Sie nur selten schnarchen,  
machen Sie den Strich weiter links, z. B.:

|-----/-----|  
niemals sehr oft

**2** Schnarchen Sie? |-----|  
niemals sehr oft  
 ich weiß nicht

**3** Bemerkte der Partner Ihr Schnarchen? |-----|  
niemals sehr häufig  
 schlafe allein

**4** Ist Ihr Schnarchen lageabhängig?  ja, und zwar:  
 Auf dem Rücken liegend  links  rechts  
 Auf der Seite liegend  links  rechts  
 Auf dem Bauch liegend  
 nein  
 ich weiß nicht

**5** Haben Sie Atemaussetzer  
während des Schlafs? |-----|  
niemals sehr häufig  
 ich weiß nicht

**6** Bemerkte der Partner die Atemaussetzer? |-----|  
niemals sehr häufig  
 ich weiß nicht

**7** Wachen Sie nachts zwischendurch auf? |-----|  
niemals sehr häufig

**8** Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? ..... mal

**9** Sind Sie morgens erholt und  
ausgeschlafen? |-----|  
ja, immer nein, nie

**10** Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? |-----|  
ja, immer nein, nie

ESS =

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

11 Leiden Sie an Konzentrationsmangel? | \_\_\_\_\_ |  
ja, immer nein, nie

12 Haben Sie Bluthochdruck?  ja  nein  ich weiß nicht

13 Sind Sie Diabetiker?  ja  nein  ich weiß nicht  
 Typ 1  Typ 2

14 Leiden Sie an Tinnitus?  ja  nein

15 Ihre Größe und Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg BMI = \_\_\_\_\_

16 Wurde bei Ihnen eine HNO-OP durchgeföhrt?  nein  
 ja, Datum: \_\_\_\_\_ (MM.JJJJ)  
Art der OP: \_\_\_\_\_  
Diese Operation | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

17 Wurde bei Ihnen eine CPAP (Maskenbeatmung) durchgeföhrt?  nein  lehne ich ab  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)  
Diese Therapie | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

18 Haben Sie eine Zahnschiene gegen nächtliches Zähneknirschen?  nein  ja  lehne ich ab

19 Haben Sie eine Zahnschiene gegen Atemaussetzer oder Schnarchen? (Unterkieferprotrusionsschiene)  nein  lehne ich ab  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)  
Schieneart: \_\_\_\_\_  
Diese Therapie | \_\_\_\_\_ |  
hilft mir nicht/ist nichts für mich hilft mir gut

20 Was möchten Sie uns sonst noch Wichtiges sagen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ergänzungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Anamnese zahnärztliche Schlafmedizin: Zahnarztfragebogen (Teil 2)

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

Vorliegend:  Befundbericht  Arztbrief  Verordnung

HNO-Konsil erfolgt?  ja  nein Nasenatmung  frei  behindert

HNO-OP erfolgt?  nein  Nase (Septum o. Muscheln)  TE  Gaumen  empf.

BMI: \_\_\_\_\_ ESS: \_\_\_\_\_

Polygrafie / Screening erfolgt?  ja  nein

Durch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

RDI/AHI: \_\_\_\_\_ /h ODI: \_\_\_\_\_ /h

O2-min: \_\_\_\_\_ /%

Schlaflabor erfolgt?  ja  nein

Durch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

RDI/AHI: \_\_\_\_\_ /h ODI: \_\_\_\_\_ /h

O2-min: \_\_\_\_\_ /%

Schlafapnoe (gemäß Arztbrief)  nein (= prim. Schnarchen)

leicht  mittel  schwer

Schlafapnoe-Typ: (gemäß Arztbrief)  zentral  gemischt, mehr zentral

obstruktiv  gemischt, mehr obstruktiv

CPAP bekommen? Wann: \_\_\_\_\_ Probleme damit:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O1 / Ä6 erfolgt Datum: \_\_\_\_\_ PSI: \_\_\_\_\_

Overjet \_\_\_\_\_ mm Overbite \_\_\_\_\_ mm

Okklusion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ergänzende Befunde (z.B. Mallampati-Grad, Mittellinierverschiebung) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorbehandlungen nötig?  nein  Kons.  ZE  PAR  PZR  Chir.

ausreichende Protrusionsmöglichkeit?  nein  ja  max. aktive Protrusion: \_\_\_\_\_ mm

CMD Kurzbefund erhoben? Datum: \_\_\_\_\_ Maßnahmen empfohlen  ja  nein

UPS möglich?  gut  eingeschränkt geeignet  schlecht  nicht

Kurzbegründung: \_\_\_\_\_

Arztbrief als Zwischenbericht geschrieben:  Pneumologe  Schlaflabor  HNO-Arzt

Hausarzt  Hauszahnarzt

\_\_\_\_\_