



Adipositaszentrum Düsseldorf | Schlafapnoe Fragebogen

Angaben zum Kontakt

Vorname

Geburtsdatum

Nachname

Krankenversicherung

Fragen zum Wach-/Schlafrhythmus		Bewertung			
		0	1	2	3
1	Sind Sie tagsüber schläfrig?				
2	Nicken Sie tagsüber spontan ein?				
3	Haben Sie Schwierigkeiten, lange konzentriert zu arbeiten?				
4	Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?				
5	Schnarchen Sie laut oder behaupten das andere von Ihnen?				
6	Wurden im Schlaf Atempausen beobachtet?				
7	Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?				
8	Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?				
9	Schlafen Sie beim Fernsehen, Lesen, am Arbeitsplatz, beim Autofahren und/oder Gesprächen mit anderen ein?				
10	Schlafen Sie abends schlecht ein?				
11	Kommt es vor, dass Sie nachts aufwachen?				
12	Wachen Sie früher als gewöhnlich auf, ohne wieder einzuschlafen, oder ist die Wiedereinschlafenszeit verlängert?				
13	Schlafen Sie unruhig bzw. ist Ihr Bett morgens zerwühlt?				
	Ihre Punktsomme				

Bedeutung der Punktwertung:

0 = nie

1 = selten

2 = oft

3 = sehr oft