

# 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** Bemerkt der Partner Ihr Schnarchen? \_\_\_\_\_  
niemals sehr häufig  
☐ schlafe allein

**4** Ist Ihr Schnarchen lageabhängig? ☐ ja, und zwar:  
☐ Auf dem Rücken liegend  
☐ 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** Bemerkt 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 ☐ nein  
durchgeführt? ☐ 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 ☐ nein ☐ lehne ich ab  
(Maskenbeatmung) durchgeführt? ☐ 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 ☐ nein ☐ ja ☐ lehne ich ab  
nächtliches Zähneknirschen?

**19** Haben Sie eine Zahnschiene gegen ☐ nein ☐ lehne ich ab  
Atemaussetzer oder Schnarchen? ☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (bitte Jahreszahl angeben MM.JJJJ)  
(Unterkieferprotrusionsschiene)?

Schienenart: \_\_\_\_\_

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:                                                         | <input type="checkbox"/> Befundbericht             | <input type="checkbox"/> Arztbrief                 | <input type="checkbox"/> Verordnung                                                                                  |
| HNO-Konsil erfolgt?                                                 | <input type="checkbox"/> ja                        | <input type="checkbox"/> nein                      | Nasenatmung <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> behindert                                         |
| HNO-OP erfolgt?                                                     | <input type="checkbox"/> nein                      | <input type="checkbox"/> Nase (Septum o. Muscheln) | <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> Gaumen <input type="checkbox"/> empf.                           |
| BMI:                                                                | _____                                              | ESS:                                               | _____                                                                                                                |
| Polygrafie / Screening erfolgt?                                     | <input type="checkbox"/> ja                        | <input type="checkbox"/> nein                      |                                                                                                                      |
| Durch:                                                              | _____                                              | Datum:                                             | _____                                                                                                                |
| RDI/AHI:                                                            | _____ /h                                           | ODI:                                               | _____ /h                                                                                                             |
| O2-min:                                                             | _____ /%                                           |                                                    |                                                                                                                      |
| Schlaflabor erfolgt?                                                | <input type="checkbox"/> ja                        | <input type="checkbox"/> nein                      |                                                                                                                      |
| Durch:                                                              | _____                                              | Datum:                                             | _____                                                                                                                |
| RDI/AHI:                                                            | _____ /h                                           | ODI:                                               | _____ /h                                                                                                             |
| O2-min:                                                             | _____ /%                                           |                                                    |                                                                                                                      |
| Schlafapnoe (gemäß Arztbrief)                                       | <input type="checkbox"/> nein (= prim. Schnarchen) | <input type="checkbox"/> leicht                    | <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer                                                      |
| Schlafapnoe-Typ: (gemäß Arztbrief)                                  | <input type="checkbox"/> zentral                   | <input type="checkbox"/> gemischt, mehr zentral    | <input type="checkbox"/> obstruktiv <input type="checkbox"/> gemischt, mehr obstruktiv                               |
| CPAP bekommen?                                                      | Wann: _____                                        | Probleme damit:                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                            |
|                                                                     | Wenn ja, welche:                                   | _____                                              |                                                                                                                      |
|                                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
|                                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
| 01 / Ä6 erfolgt                                                     | Datum: _____                                       | PSI:                                               | _____                                                                                                                |
|                                                                     | Overjet _____ mm                                   | Overbite _____ mm                                  |                                                                                                                      |
| Okklusion                                                           | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
|                                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
|                                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
| Ergänzende Befunde (z.B. Mallampati-Grad, Mittellinierverschiebung) | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
|                                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
|                                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
| Vorbehandlungen nötig?                                              | <input type="checkbox"/> nein                      | <input type="checkbox"/> Kons.                     | <input type="checkbox"/> ZE <input type="checkbox"/> PAR <input type="checkbox"/> PZR <input type="checkbox"/> Chir. |
| ausreichende Protrusionsmöglichkeit?                                | <input type="checkbox"/> nein                      | <input type="checkbox"/> ja                        | <input type="checkbox"/> max. aktive Protrusion: _____ mm                                                            |
| CMD Kurzbefund erhoben?                                             | Datum: _____                                       | Maßnahmen empfohlen                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                            |
| UPS möglich?                                                        | <input type="checkbox"/> gut                       | <input type="checkbox"/> eingeschränkt geeignet    | <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> nicht                                                     |
| Kurzbegründung:                                                     | _____                                              |                                                    |                                                                                                                      |
| Arztbrief als Zwischenbericht geschrieben:                          | <input type="checkbox"/> Pneumologe                | <input type="checkbox"/> Schlaflabor               | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt                                                                                    |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Hausarzt                  | <input type="checkbox"/> Hauszahnarzt              |                                                                                                                      |