



## Anamnesebogen für SBAS (Schlafbezogene Atemstörung)

Alter: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: m  w   
BMI: kg/ m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Nykturie: ja  nein   
morgendliche Mundtrockenheit: ja  nein   
Nasenatmungsbehinderung: ja  nein

Beruf: Schichtarbeit: ja  nein   
Noxen: Alkohol: ja  nein   
Nikotin: ja  nein   
Nebendiagnosen: Allergien: ja  Welche?: \_\_\_\_\_ nein   
Operationen: ja  Welche?: \_\_\_\_\_ nein

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zum Schlafverhalten:

1. Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit (leicht, mäßig, starkt), seit wann?
2. Schlafen Sie mit offenen Mund?
3. Haben Sie am Morgen einen trockenen Mund?
4. Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?
5. Wann gehen Sie zu Bett?
6. Schnarchen Sie?
7. Treten nachts Atemaussetzer auf?
8. Ist das Schnarchen abhängig von der Körperlage? Wenn ja, in welcher Lage schnarchen Sie?

PG/ PSG: nein  ja   
 AHI/ RDI:  Dauer längste Apnoe: \_\_\_\_\_  
 minimale O<sub>2</sub>-Konzentration: \_\_\_\_\_  
 Dauer Apnoe gesamt: \_\_\_\_\_  
 Schnarchen in Minuten: \_\_\_\_\_  
 Anteil der Rückenlage in %: \_\_\_\_\_

CPAP-Maskenbeatmung?: nein  ja   
Probleme mit der Maske?: nein  ja

Punktwerte Fragebögen:

1. ESS: \_\_\_\_\_ 2. STOP-BANG: \_\_\_\_\_



## Epworth Sleepiness Scale

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 Situation auf Sie ausgewirkt hätten.

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

**0 = würde niemals einnicken**

**1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken**

**2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken**

**3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
im Sitzen lesend	
beim Fernsehen	
wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	
als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	
wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszurufen	
wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten	
wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	
wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	
Summe (Bitte nicht ausfüllen!)	

## STOP-Bang-Fragebogen

Ja	Nein	Frage
		<b>Schnarchen?</b> <b>Schnarchen Sie laut</b> (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bett Nachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?
		<b>Müde?</b> Sind Sie tagsüber oft <b>müde, erschöpft oder schläfrig</b> (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?
		<b>Aufgefallen?</b> Ist es schon einmal jemanden <b>aufgefallen</b> , dass Sie im Schlaf <b>aufhören zu atmen</b> oder <b>keine Luft mehr bekommen/ nach Luft schnappen</b> ?
		<b>Blutdruck?</b> Haben Sie <b>Bluthochdruck</b> oder werden Sie dagegen behandelt?
		<b>Body Mass Index über 35 kg/m<sup>2</sup>?</b>
		<b>Sind Sie über 50 Jahre alt?</b>
		<b>Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf)</b> Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr? Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?
		<b>Geschlecht = Männlich?</b>

### Bewertungskriterien:

Für allgemeine Bevölkerung

Niedriges OSA-Risiko:

0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres OSA-Risiko:

3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes OSA-Risiko:

5-8 Fragen mit Ja beantwortet  
oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet +  
männliches Geschlecht

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet +  
Halsumfang (43 cm bei Männern, 41 cm bei Frauen)