

Fragebögen Schlafapnoe-Screening

1. STOP-BANG-Test

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen:

1. Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder Ihr Bettpartner Sie anstößt)?
☐ Ja ☐ Nein
2. Führen Sie sich tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig?
☐ Ja ☐ Nein
3. Hat jemand beobachtet, dass Sie während des Schlafs aufhören zu atmen?
☐ Ja ☐ Nein
4. Leiden Sie an Bluthochdruck oder nehmen Sie Blutdruckmedikamente ein?
☐ Ja ☐ Nein
5. Ist Ihr Body Mass Index BMI über 35kg/m²?
☐ Ja ☐ Nein
6. Sind Sie älter als 50 Jahre?
☐ Ja ☐ Nein
7. Ist Ihr Halsumfang größer als 40cm
☐ Ja ☐ Nein
8. Sind Sie männlichen Geschlechts?
☐ Ja ☐ Nein

Vom Arzt auszufüllen:

STOP-BANG-Score: ____ / 8

Auswertung:

- 0-2 Punkte: niedriges Risiko
- 3-4 Punkte: mittleres Risiko
- 5-8 Punkte: hohes Risiko

2. Epworth Schläfrigkeitsskala

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden?

(0: würde nie einnicken, 1: geringe Wahrscheinlichkeit, 2: mäßige Wahrscheinlichkeit, 3: hohe Wahrscheinlichkeit)

Bitte kreuzen Sie für jede Situation einen Wert von 0 und 3 an:

1. Beim Sitzen und Lesen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Beim Fernsehen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Im Theater oder bei einer Veranstaltung in einem öffentlichen Ort (z.B. Kino, Konzert)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5. Am Nachmittag beim Liegen zum Ausruhen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

6. Im Sitzen mit jemandem im Gespräch

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

7. Nach dem Mittagessen (ohne Alkohol)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

8. Beim Sitzen im Auto, während es einige Minuten im Verkehr steht

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Ich bestätige, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe.

Name _____ Datum _____

Unterschrift _____

Vom Arzt auszufüllen:

ESS-Score: ____ / 24

Auswertung:

- 0-10 Punkte: normal
- 11-14 Punkte: leicht erhöhte Tagesschläfrigkeit
- >14 Punkte: deutlich erhöhte Tagesschläfrigkeit, weitere Diagnostik empfohlen

Ist eine weiterführende Diagnostik bzgl. Schlafapnoe erforderlich?

☐ Ja ☐ Nein

Unterschrift Arzt _____