

# Schnarcher – Behandlung

Nach Prof Engelke

.....  
Name, Vorname

## Anamnestischer Fragebogen

1. **Vordiagnosen** ja  nein
- a) kein Schlafapnoesyndrom ja  nein
- b) leichtes Schlafapnoesyndrom ja  nein
- c) mittelschweres Schlafapnoesyndrom ja  nein
- d) schweres Schlafapnoesyndrom ja  nein

## 2. Anamnestisches Screening bei Rhonchopathie

- a) Herzerkrankungen ja  nein
- b) Herzrhythmusstörungen ja  nein
- c) Bluthochdruck ja  nein
- d) Störung körperlicher Leistungsfähigkeit ja  nein
- e) Störung geistiger Leistungsfähigkeit ja  nein
- f) Asthma/Bronchitis ja  nein
- g) behinderte Nasenatmung ja  nein
- h) Übergewicht ja  nein
- i) Allergien/Heuschnupfen ja  nein
- j) häufiges Sodbrennen ja  nein
- k) Mundtrockenheit ja  nein
- l) Kiefergelenkerkrankungen ja  nein
- Schmerzen am Kiefergelenk ja  nein
- m) Zahnlockerungen/Zahnfleischentzündungen ja  nein

3. Die Epworth Sleepiness Scale ist ein bewährter Fragebogen, um festzustellen, ob eine vermehrte Tagesmüdigkeit besteht.

Die Epworth Sleepiness Scale besteht aus 8 Fragen zu Schläfrigkeit im Alltag

Jede Frage kann folgendermaßen beantwortet werden:

0. würde nie einnicken  
1. geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken  
2. mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken  
3. hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Die Situationen sind:

1. sitzen und lesen .....
2. fernsehen .....

3. als Zuschauer in einer öffentlichen  
Veranstaltung .....
4. als Mitfahrer bei einer einstündigen  
Autofahrt .....
5. bei einer Ruhepause nach dem  
Mittagessen .....
6. im Gespräch sitzend mit einer  
Person .....
7. nach dem Mittagessen ruhig  
sitzend .....
8. im Auto als Fahrer wenn der  
Verkehr für einige Minuten  
zum Stehen kommt .....
9. Summe .....

#### 4.Nachtsymptome

1. Nächtliche Schlafunterbrechung  
Nie.....extrem häufig
2. Nächtliche Luftnot  
Nie.....extrem häufig
3. Aufwachen mit Herzklopfen und/oder schweißgebadet  
Nie.....extrem häufig
4. Hat der Schlafpartner Atemaussetzer beobachtet?  
Nie.....extrem häufig
5. Morgendliche Müdigkeit  
Nie.....extrem häufig
6. Morgendliche Mundtrockenheit und/oder Kopfschmerzen  
Nie.....extrem häufig

#### 5.Symptomatik Rhonchopathie

1. Wie schätzen Sie die **Belästigung** durch das Schnarchen ein?  
Sehr gering.....sehr stark
2. Wie beurteilt Ihr **Partner** die Belästigung durch Schnarchen?  
Sehr gering.....sehr stark
3. Wie schätzt ihr Partner die **Lautstärke** Ihres Schnarchen ein?  
Nicht hörbar.....extrem laut
4. Wie **häufig** schnarchen Sie?  
Fast nie.... 1-2 mal pro Monat.... 1-2 mal pro Woche....  
3-4 mal pro Woche.... Fast jeden Tag....
5. **Wann** schnarchen Sie?  
Immer.... Nach Genuß von Alkohol....
6. Probleme mit der Kaumuskulatur? ja  nein
7. Fühlen Sie sich morgens fit? ja  nein