



## Fragebogen für Schnarchpatienten

### Wie gefährdet sind Sie?

	Nie (0)	selten (1 P.)	häufig (2 P.)	sehr häufig (3 P.)
Fühlen Sie sich tagsüber oft schläfrig?	0	0	0	0
Nicken Sie auch tagsüber spontan ein?	0	0	0	0
Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?	0	0	0	0
Bemerken Sie Einschränkungen in Ihrer Leistungsfähigkeit?	0	0	0	0
Schnarchen Sie laut?	0	0	0	0
Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs?	0	0	0	0
Leiden Sie nach dem Erwachen häufig unter Kopfschmerzen?	0	0	0	0
Fühlen Sie sich morgens oft müde und Abgeschlagen?	0	0	0	0
Schlafen Sie beim Fernsehen, Lesen, Arbeiten Und/oder Gesprächen mit anderen ein?	0	0	0	0
Schlafen Sie abends schlecht ein?	0	0	0	0
Wachen Sie nachts oft auf?	0	0	0	0
Leiden Sie unter Problemen beim Wiedereinschlafen?	0	0	0	0
Schlafen Sie unruhig oder ist ihr Bett morgens zerwühlt?	0	0	0	0