

### Polygrafie-Fragebogen

vollständig ausfüllen

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Krankenkasse:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Hausarzt:**

#### Hinweise:

- Fragebogen **vollständig** ausfüllen und **sofort** an die Praxis zurückgeben.
- Nur mit bei uns vorliegendem, ausgefülltem und unterschriebenem Fragebogen ist Ihr Termin verbindlich.
- Das Schlafergerät (Polygrafie) geben wir Ihnen mit, damit Sie es selbst am gleichen Abend anlegen. Persönliches Erscheinen ist erforderlich.
- Das Gerät muss am folgenden Werktag bis 10.00 Uhr zurückgebracht werden.
- unbedingt spätestens 1 Werktag vorher **absagen, falls Sie nicht kommen können**. Ansonsten erhalten Sie eine Verdienstausfallrechnung über 80 € (Rechnungsstellung erfolgt über die private Verrechnungsstelle PVS, an die die Abrechnungsdaten zu diesem Zweck weitergegeben werden).

#### Beschwerden

Schnarchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Atempausen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Morgens erholt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tagsüber müde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einschlafen in langweiligen Situationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wenn ja: wie oft?: _____ mal
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bettzeit	von _____	Uhr bis _____ Uhr

#### Nur, wenn Sie bereits eine Maskentherapie nutzen:

Probleme mit dem Gerät?  nein  ja, ggf. welche? \_\_\_\_\_  
 Probleme mit der Maske?  nein  ja, ggf. welche? \_\_\_\_\_  
 Regelmässige Nutzung?  nein  ja, ggf. warum nicht? \_\_\_\_\_  
 Durchschnittliche nächtliche Nutzung: \_\_\_\_\_ Stunden

#### Bekannte Erkrankungen (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herz-Bypass-Op	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> pAVK	<input type="checkbox"/> Prostatakrebs
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Brustkrebs
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> andere: _____

#### Medikamente (ggf. Liste beifügen. Medikamente zum Einatmen nicht vergessen!)

Medikament	morgens	mittags	abends

#### Rauchen

ja     nicht mehr     noch nie

Wenn ja (oder nicht mehr):

Beginn (Jahr):                  ggf. Ende (Jahr):

Menge:                          /Tag

**Alkohol**  nein  ja  
wenn ja, was und wieviel?:

**Beruf:** Schichtdienst  nein  ja (wenn ja:  Früh  Spät  Nacht)

**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 Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

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

- 0 = würde **niemals** einnicken
- 1 = **geringe** Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = **mittlere** Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = **hohe** Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	(0) (1) (2) (3)
Beim Fernsehen	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	(0) (1) (2) (3)
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	(0) (1) (2) (3)
Summe	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt oder andere mit- bzw. nachbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen (Datenübermittlung nach § 73 Abs.1 b SGB V).

Den Inhalt der Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

Datum:

**bitte hier unterschreiben**

*nur vom Team auszufüllen*

- Body
- Lyse
- Diff
- P0,1/PI max

- BGA
- FeNO

- PG erklärt
- ePA
- gewünscht
- nicht gewünscht