

## Anamnesebogen zu Hinweisen auf Schlafstörungen bzw. Tagesschläfrigkeit

Datum: .....

Machen Sie bitte noch folgende Angaben zu Ihrer Person:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Körpergröße: .....

Gewicht:.....

Geschlecht:  weiblich  
 männlichBeruf:  Schüler/Student(in)  
 Arbeiter(in) Rentner(in)  
 selbständig  
 Angestellte(r)  
 arbeitslos/ Hausfrau(mann)

	Ja	Nein	Nicht bekannt
1. Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3 x pro Woche) oder berichtet Ihr Partner oder Ihre Partnerin darüber?			
2. Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner oder Ihre Partnerin darüber?			
3. Leiden Sie am Tag unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein?)			
4. Sind Sie schon einmal während der Arbeit ungewollt eingeschlafen? Sind Sie am Steuer schon einmal ungewollt eingeschlafen?			
Summe			