

Datum Untersuchung: _____

Geb. Dat.: _____

Pat. Nr.: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden vier Frageblöcke

1 Allgemeine Fragen (Vers. 2023-08-31)

		ja	nein
Schnarchen	Schnarchen Sie laut (lauter als Sprechen oder hörbar durch eine geschlossene Tür)?		
Atemaussetzer	Haben Sie Atemaussetzer selber oder andere bei Ihnen bemerkt?		
BMI	Körperlänge: cm; Gewicht: BMI größer 30 kg/qm		
CPAP	Tragen Sie nachts eine Maske zur Behandlung von Atemaussetzern?		
UPS	Tragen Sie nachts eine Schiene zur Behandlung der Atemaussetzer und / oder des Schnarchens?		

2 Fragebogen Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Wie leicht fällt es Ihnen, in den folgenden Situationen einzuschlafen? Gemeint ist nicht nur das Gefühl müde zu sein, sondern das wirkliche Einschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage am besten zutreffende Zahl:

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

	0 kein	1 gering	2 mittel	3 hoch Wahrscheinlichkeit einzunicken
Beim Sitzen oder Lesen				
Vor dem Fernseher				
Im Kino oder Theater				
Als Beifahrer im Auto				
Beim Hinlegen mittags				
Im Gespräch				
Im Sitzen nach dem Essen				
Im Auto vor dem Rotlicht (Ampel)				
Summe:				

Bemerkung: _____

Datum Untersuchung: _____

Geb. Dat.: _____

Pat. Nr.: _____

3 Fragebogen Graduierung Chronischer Schmerzen (GCPS Version 2.0)

- An wie vielen Tagen in den letzten 6 Monaten hatten Sie Gesichtsschmerzen? _____ Tage
- Wie würden Sie Ihre Gesichtsschmerzen zum **JETZIGEN** Zeitpunkt einschätzen? Verwenden Sie eine Skala von 0 bis 10, bei der 0 „kein Schmerz“ und 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet.
Kein Schmerz **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Stärkster vorstellbarer Schmerz
- Wie würden Sie Ihren **STÄRKSTEN** Gesichtsschmerz in den LETZTEN 30 TAGEN einschätzen? Verwenden Sie die gleiche Skala, bei der 0 „kein Schmerz“ und 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet.
Kein Schmerz **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Stärkster vorstellbarer Schmerz
- Wie würden Sie Ihre **DURCHSCHNITTLICHEN** Gesichtsschmerzen in den LETZTEN 30 TAGEN einschätzen. Verwenden Sie die gleiche Skala, bei der 0 „kein Schmerz“ und 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet. [Gemeint ist Ihr gewöhnlicher Schmerz, wenn Sie Schmerzen hatten].
Kein Schmerz **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Stärkster vorstellbarer Schmerz
- Wie viele Tage haben Ihre Gesichtsschmerzen Sie in den LETZTEN 30 TAGEN von Ihren **ÜBLICHEN AKTIVITÄTEN** wie Arbeit, Schule oder Hausarbeit abgehalten? _____ Tage
- Wie stark haben Ihre Gesichtsschmerzen Sie in den LETZTEN 30 TAGEN bei Ihren **TÄGLICHEN AKTIVITÄTEN** beeinträchtigt? Verwenden Sie eine Skala von 0 bis 10, bei der 0 „keine Beeinträchtigung“ und 10 „unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben“ bedeutet.
Keine Beeinträchtigung **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben
- Wie stark haben Ihre Gesichtsschmerzen Sie in den LETZTEN 30 TAGEN bei Ihren **FREIZEIT-, GESELLSCHAFTS- UND FAMILIENAKTIVITÄTEN** beeinträchtigt? Verwenden Sie die gleiche Skala von 0 bis 10, bei der 0 „keine Beeinträchtigung“ und 10 „unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben“ bedeutet.
Keine Beeinträchtigung **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben
- Wie stark haben Ihre Gesichtsschmerzen in den LETZTEN 30 TAGEN Ihre **ARBEITSFÄHIGKEIT**, einschließlich Hausarbeit, beeinträchtigt? Verwenden Sie die gleiche Skala von 0 bis 10, bei der 0 „keine Beeinträchtigung“ und 10 „unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben“ bedeutet.
Keine Beeinträchtigung **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Unfähig, irgendeine Tätigkeit auszuüben

4 UPS Kontrollfragebogen (Vers. 2023-08-31)

1. Komfort

Wie bewerten Sie den Tragekomfort der **Maske**? **Unbequem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr bequem**

Wie bewerten Sie den Tragekomfort der **Schiene**? **unbequem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr bequem**

Falls dies nicht ihre erste Schiene ist, finden Sie die neue Schiene besser als die davor?

Bemerkung: _____

2. Tragezeit

	Maske	Schiene
Jede Nacht durchgehend	ja nein	ja nein
4 bis 5 Nächte pro Woche	ja nein	ja nein
0 bis 3 Nächte pro Woche	ja nein	ja nein

Bemerkung: _____

3. Wirkung der Schiene:

Nutzt Ihnen die Schiene? **kein Nutzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr viel Nutzen**

Datum Untersuchung: _____

Geb. Dat.: _____

Pat. Nr.: _____

Sind Sie morgens wieder ausgeruht und fit?

müde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr ausgeruht, fit

Wie stark wirkt diese Schiene gegen Schnarchen? **unverändert 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 kein Schnarchen**

Falls dies nicht ihre erste Schiene ist, finden Sie die neue Schiene besser als die davor? **Ja nein**

Bemerkung: _____