

Anamnese (Erstanpassung)

Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Gewicht (kg): E-Mail: PLZ und Ort:	Grösse (cm): Telefon:
---------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------

Wurden Ihnen die Datenschutzerklärung (DSE) erläutert?

Frage	Bitte zutreffendes ankreuzen
1. Wie sind Sie auf Velumount aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Empfehlung aus Bekanntenkreis / Familie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Radio / TV / Zeitung Durch Fachperson: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Physiotherapeuten <input type="checkbox"/> Naturarzt / Heilpraktiker Name: Ort: <input type="checkbox"/> Mit schriftlicher Überweisung vom Arzt <input type="checkbox"/> Weitere:
2. Haben Sie Atemunterbrüche im Schlaf?	<input type="checkbox"/> Nein → Bitte zu Frage 5 <input type="checkbox"/> Möglicherweise → Bitte zu Frage 5 <input type="checkbox"/> Ja Falls Ja, worauf stützen Sie Ihre Angabe? <input type="checkbox"/> Beobachtet durch Partnerin / Partner → Bitte zu Frage 5 <input type="checkbox"/> Eigene Vermutung → Bitte zu Frage 5 <input type="checkbox"/> Diagnostiziert durch Ärztin / Arzt → Bitte zu Frage 3
3. Diagnostiziertes OSAS (Obstruktives Schlaf Apnoe Syndrom)	Diagnose Schlafapnoe gestellt von: Dr. Ort: <input type="checkbox"/> HNO-Arzt <input type="checkbox"/> Pneumologe <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Andere Fachrichtung Wann wurde die Diagnose erstellt? Jahr: Wie hoch war Ihr gemessener AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index)? AHI: Wie wurde Ihre Schlafapnoe eingeschätzt? <input type="checkbox"/> Leichte <input type="checkbox"/> Mittelschwere <input type="checkbox"/> Schwere <input type="checkbox"/> Weiss nicht Haben Sie einen Bericht der Schlafmessung erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. HNO-Untersuchung (Hals-Nasen-Ohren)	Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Untersuchung durch einen HNO Arzt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Jahr _____
5. Welche Therapien wurden Ihnen von der Ärztin / vom Arzt empfohlen?	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) <input type="checkbox"/> Operation (Rachen-, Mundraum oder an der Nase) <input type="checkbox"/> Protrusionsschiene (Kiefer-, Zahnschiene) <input type="checkbox"/> Nasenpflaster <input type="checkbox"/> Spirotiger <input type="checkbox"/> Velumount <input type="checkbox"/> Weitere:
6. Wurden Sie mal operiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wo? <input type="checkbox"/> Mandeln <input type="checkbox"/> Schleimhäute <input type="checkbox"/> Zahnstellung <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Gaumen <input type="checkbox"/> Nase
7. Welche der folgenden Therapien haben Sie schon ausprobiert?	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) <input type="checkbox"/> Protrusionsschiene (Kiefer-, Zahnschiene) <input type="checkbox"/> Nasenpflaster <input type="checkbox"/> Spirotiger <input type="checkbox"/> Weitere:
8. Falls Sie ein CPAP-Gerät nutzen, wie oft nutzen Sie es aktuell?	<input type="checkbox"/> immer (6-7-mal pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (ca. 2-5-mal pro Woche) <input type="checkbox"/> selten (weniger als 2-mal pro Woche) <input type="checkbox"/> nie, ich habe das Gerät aber noch Zuhause <input type="checkbox"/> nie, ich habe das CPAP-Gerät zurück gegeben

9. Wie beurteilen Sie Ihr Leiden für sich selbst?	<input type="checkbox"/> gut tragbar <input type="checkbox"/> eher gut tragbar <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eher unerträglich <input type="checkbox"/> unerträglich				
10. Falls Sie in einer Partnerschaft leben, wie beurteilen Sie Ihr Leiden für Ihren Partner?	<input type="checkbox"/> gut tragbar <input type="checkbox"/> eher gut tragbar <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eher unerträglich <input type="checkbox"/> unerträglich				
11. Leiden Sie unter folgenden Symptomen? (Mögliche Hinweise für Atemaussetzer)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Morgendliche Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen <input type="checkbox"/> Bruxismus (Zähneknirschen) <input type="checkbox"/> Reflux (saures Aufstossen) </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Morgendliche Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen <input type="checkbox"/> Bruxismus (Zähneknirschen) <input type="checkbox"/> Reflux (saures Aufstossen)		
<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Morgendliche Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen <input type="checkbox"/> Bruxismus (Zähneknirschen) <input type="checkbox"/> Reflux (saures Aufstossen)				
12. Nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Blutverdünner (Marcoumar, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa) <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> Schlafmittel				
13. Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja letztes Ereignis: Jahr				
14. Epworth Sleepiness Scale (ESS) Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit: 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.					
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">Ich würde niemals einschlafen oder einnicken</td> <td style="width: 25%; border: none;">Ich würde kaum einschlafen oder einnicken</td> <td style="width: 25%; border: none;">Ich würde möglicherweise einschlafen oder einnicken</td> <td style="width: 25%; border: none;">Ich würde wahrscheinlich einschlafen oder einnicken</td> </tr> </table>	Ich würde niemals einschlafen oder einnicken	Ich würde kaum einschlafen oder einnicken	Ich würde möglicherweise einschlafen oder einnicken	Ich würde wahrscheinlich einschlafen oder einnicken
Ich würde niemals einschlafen oder einnicken	Ich würde kaum einschlafen oder einnicken	Ich würde möglicherweise einschlafen oder einnicken	Ich würde wahrscheinlich einschlafen oder einnicken		
Lesen im Sitzen					
Fernsehen					
Körperliche untätig an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino, Vortrag, Sitzung)					
Als Mitfahrer im Auto bei einer einstündigen Fahrt					
Hinlegen während des Tages					
Sitzen und mit jemandem reden					
Nach dem Mittagessen, ohne dass Sie Alkohol getrunken haben					
Als Autofahrer während eines Haltes von einigen Minuten					
<i>Summe:</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">[0]</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">[1]</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">[2]</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">[3]</td> </tr> </table>	[0]	[1]	[2]	[3]
[0]	[1]	[2]	[3]		
15. Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?	<input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie				

Herzlichen Dank