

Bei Verordnung via v-consult®
Etikette hier aufkleben

Patientenprotokoll

Polygrafie | Pulsoxymetrie

Betrifft die letzten 4 Wochen

Bitte verwenden Sie einen schwarzen
Kugelschreiber, keinen Bleistift.

<input type="checkbox"/> ♂	<input type="checkbox"/> ♀	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung
<input type="checkbox"/> ♂	<input type="checkbox"/> ♀	<input type="checkbox"/> Nachkontrolle
		<input type="checkbox"/> Polygrafie
		<input type="checkbox"/> Pulsoxymetrie

Name / Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

1. Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Dosis	Einnahmezeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. An welchen Krankheiten leiden Sie?

Auch behandelte Krankheiten und erfolgte Operationen angeben. **Bitte unterstreichen:**

Mund, Nase, Rachen, Herz, Lungen, Magen, Darm, Leber, Niere, Nervensystem, Hirn, Psyche, Gelenke, Knochen, Muskel

Weitere _____

3. Fragen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth-Schläfrigkeitsskala)

0 = würde nie einschlafen 1 = würde kaum einschlafen 2 = würde möglicherweise einschlafen 3 = würde mit grosser Wahrscheinlichkeit einschlafen

Wie leicht würden Sie in folgenden Situationen einschlafen?	Sitzen und Lesen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Sitzen an öffentlichen Orten (z. B. Theater, Sitzung, Vortrag)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde ohne Halt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Abliegen am Nachmittag, um auszuruhen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Sitzen und mit jemandem sprechen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Im Auto, bei Stop im Verkehr während einiger Minuten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ESS Score (nicht ausfüllen)					

4. Fragen zum Schlaf und zur Gesundheit allgemein

_____ kg _____ cm
Ihr heutiges Gewicht Ihr Gewicht vor 5 Jahren Ihre Körpergrösse Ihre Kragenweite

	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmässig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemstillstände in der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einen Unfall wegen Schläfrigkeit (Arbeit / Autofahren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie tagsüber müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Einschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Früherwachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie morgens ausgeruht auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Bewegungsunruhe in den Beinen, Armen beim Einschlafen oder im Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie in der Nacht Wasser lösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie in der Nacht unter folgenden Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hustenanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwierigkeiten, durch die Nase zu atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angstträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aufzeichnung

Traten während der Aufzeichnung eine oder mehrere der folgenden Beschwerden auf? **Bitte unterstreichen:**
Herzklopfen, Atemnot, Atempausen, Husten

6. Befindlichkeit Maskentherapie (falls Sie die Maskentherapie bereits nutzen):

	ja	nein
Schnarchen Sie noch und / oder haben Sie noch Atemaussetzer unter der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich am Morgen erholt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Mühe, am Tag wach zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Nase und / oder Mund trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fliesst Ihre Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Nase verstopft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blähungen? Müssen Sie rülpsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passt Ihre Maske noch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie jemals Ihre Maske plötzlich aus dem Schlaf ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Druckstellen von der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tritt Luft durch ein Leck in der Maske aus (entzündete Augen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie unter der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Platzangst oder Atemnot unter der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Hautausschlag von der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört Sie oder Ihre/-n Partner/-in der Lärm der Maschine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>