Bei Verordnung via v-consult®
Etikette hier aufkleben

VIOLLIER

Patientenprotokoll

Polygrafie | Pulsoxymetrie

Betrifft die letzten 4 Wochen

Bitte verwenden Sie einen schwarzen Kugelschreiber, keinen Bleistift.

Name / Vorname

☐ ♂ ☐ ♀

Beruf

Geburtsdatum

☐ Erstuntersuchung
☐ Nachkontrolle
☐ Polygrafie
☐ Pulsoxymetrie

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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Fernsehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Sitzen an öffentlichen Orten (z. B. Theater, Sitzung, Vortrag)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde ohne Halt	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Abliegen am Nachmittag, um auszuruhen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Sitzen und mit jemandem sprechen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Im Auto, bei Stop im Verkehr während einiger Minuten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

ESS Score (nicht ausfüllen)

03.2026 / 14685

4. Fragen zum Schlaf und zur Gesundheit allgemein

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

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

5. Aufzeichnung

Start der Aufzeichnung (Datum / Uhrzeit)	Einschlafzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)
Ende der Aufzeichnung (Datum / Uhrzeit)	Aufwachzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)

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

Weitere

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

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