

# Berliner Fragebogen

## 1. Bitte füllen Sie Folgendes aus:

Größe \_\_\_\_\_ cm                      Alter \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg                      Männlich / Weiblich \_\_\_\_\_

## 2. Schnarchen Sie?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

## 3. Die Lautstärke Ihres Schnarchens ist?

- Nur wenig lauter als normale Atmungsgeräusche
- Fast so laut wie normale Sprache
- Lauter als normale Sprache
- Extrem laut, kann sogar durch eine geschlossene Tür gehört werden

## 4. Wie häufig tritt Ihr Schnarchen auf?

- Fast jeden Tag
- 3 – 4 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Monat
- nie oder fast nie

## 5. Hat Ihr Schnarchen eine andere Person beim Schlafen gestört?

- Ja
- Nein

## 6. Sind bei Ihnen Atemstillstände während des Schlafes bemerkt worden?

- Fast jeden Tag
- 3 – 4 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Monat
- nie oder fast nie

**7. Wie oft fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen schon wie gerädert?**

- Fast jeden Tag
- 3 – 4 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Monat
- nie oder fast nie

**8. Fühlen Sie sich müde, schlapp, abgespannt oder nicht voll leistungsfähig?**

- Fast jeden Tag
- 3 – 4 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Monat
- nie oder fast nie

**9. Sind Sie jemals ungewollt beim Autofahren eingenickt?**

- Ja
- Nein

**Falls ja, wie oft kommt das vor?**

- Fast jeden Tag
- 3 – 4 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Woche
- 1 – 2 mal pro Monat
- nie oder fast nie

**10. Haben Sie einen hohen Blutdruck?**

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_