



# Anamnesebogen zahnärztliche Schlafmedizin

(Seite 2)

Leiden Sie an  
Tagesmüdigkeit?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
nein, nie ja, immer

Leiden Sie an Müdigkeit  
beim Autofahren?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
nein, nie ja, immer

Leiden Sie an  
Konzentrationsmangel?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
nein, nie ja, immer

Haben Sie Bluthochdruck?

ja  nein  ich weiß nicht

Leiden Sie morgens unter  
Kopfschmerzen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
nein, nie ja, immer

Leiden Sie an Tinnitus?

ja  nein  ich weiß nicht

Ihre Größe und Ihr Gewicht:

\_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Wurde bei Ihnen eine  
HNO-OP durchgeführt?

nein  
 ja Datum: \_\_\_\_\_ (MM.JJJJ)

Art der OP: \_\_\_\_\_

Diese Operation

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
hilft mir nicht / hilft mir gut

Wurde bei Ihnen eine  
CPAP (Maskenbeatmung)  
durchgeführt?

nein  
 ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (MM.JJJJ)

Diese Therapie

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
hilft mir nicht / hilft mir gut

Haben Sie eine Zahnschiene  
gegen nächtliches Knirschen?

ja  nein

Haben Sie eine Zahnschiene  
gegen Atemaussetzer oder  
Schnarchen (Unterkiefer-  
Protrusionsschiene)?

nein  
 ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (MM.JJJJ)

Art der Schiene: \_\_\_\_\_

Diese Therapie

① ② ③ ④ ⑤ ⑥  
hilft mir nicht / hilft mir gut

Was möchten Sie uns  
noch Wichtiges sagen?

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_