

**Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. Andy Gunawan    Dr. Nadya Gunawan**  
**Fachzahnärzte für Kieferorthopädie**  
Kirchstr. 12 • 44532 Lünen • Tel. 02306 20 46 51

---

*Herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre medizinischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung des Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

Ihr Praxisteam Dres. Gunawan

\_\_\_\_\_  
Nachname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Nachname des Versicherten (wenn nicht identisch)

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
Beruf/Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
Vorname des Ehegatten

\_\_\_\_\_  
Telefon

tagsüber

abends

\_\_\_\_\_  
Beruf/Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Sind Sie freiwillig versichert?    ja        nein   

Sind Sie beihilfeberechtigt?    ja        nein   

Lünen, den \_\_\_\_\_  
(Datum & Unterschrift des Patienten)

### Schlaf-Fragebogen

Name, Vorname:

Datum:

Körpergröße (cm):

Gewicht:

Alter:

Halsumfang:

1. Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

2. Haben Sie im letzten Jahr mehr als 5 kg Gewicht?

- zugenommen  
 abgenommen  
 nicht geändert

3. Schnarchen Sie?

a. Wenn ja? Stören Sie Ihre(n) Lebenspartner(in) damit?

4. Sind bei Ihnen Atemaussetzer im Schlaf festgestellt worden?

5. Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?

6. Erwachen Sie morgens bereits mit Kopfschmerzen?

7. Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

8. Werden Sie grundlos mehrmals am Tag müde?

9. Schlafen Sie leicht beim Fernsehen, Lesen oder am Arbeitsplatz ein?

10. Werden Sie beim Autofahren leicht müde?

11. Haben Sie Schwierigkeiten sich lange zu konzentrieren?

12. Haben Sie Bluthochdruck und nehmen Sie Medikamente ein?

13. Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel ein?

14. Haben Sie Übergewicht?

15. Haben Sie einen hohen Blutdruck?

	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. Andy Gunawan    Dr. Nadya Gunawan**  
**Fachzahnärzte für Kieferorthopädie**  
Kirchstr. 12 • 44532 Lünen • Tel. 02306 20 46 51

---

Wer ist Ihr behandelnder Schlafmediziner?

Werden Sie als Schlafapnoe-Patient noch durch andere Ärzte betreut?

Hausarzt:

HNO-Arzt:

Lungenarzt:

Kardiologe:

Internist:

**Ergebnisse der Schlaflaboruntersuchung / des Schlafapnoe-Screenings im Schlaflabor oder beim Facharzt**

- kein Schlafapnoesyndrom
- leichtes Schlafapnoesyndrom
- mittelschweres Schlafapnoesyndrom
- schweres Schlafapnoesyndrom
  
- Sonstiges:

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!*

Lünen, den \_\_\_\_\_  
(Datum & Unterschrift des Patienten)