

Name: _____

Geb.-Datum: _____

STOP Bang – Fragebogen

(Abklärung obstruktive Schlafapnoe)

1. Schnarchen? Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellenbogen anstößt, weil Sie schnarchen?)

☐ Ja ☐ Nein

2. Müde? Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?

☐ Ja ☐ Nein

3. Aufgefallen? Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?

☐ Ja ☐ Nein

4. Blutdruck? Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?

☐ Ja ☐ Nein

5. Body Mass Index? Haben sie einen Body Mass Index über 35 kg/m²?

☐ Ja ☐ Nein

6. Alter? Sind Sie über 50 Jahre alt?

☐ Ja ☐ Nein

7. Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf)

Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr? Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?

☐ Ja ☐ Nein

8. Geschlecht = Männlich?

☐ Ja ☐ Nein
