

- Waren Sie schon bei einem Lungenfacharzt /HNO oder in einem Schlaflabor? nein O ja O
- Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Wenn ja wann _____ nein O ja O
- Liegen schwerwiegende Krankheiten vor? nein O ja O
- Kreislaufkrankungen** O **Herzfehler** O **Bluthochdruck** O **Bluter** O **Hepatitis** O
- Tuberkulose** O **Aids** O **Ohrenkrankheiten** O **Asthma** O **Epilepsie** O **Diabetes** O
- Schilddrüsenerkrankung** O **Allergien gegen** _____ O
- Sonstiges** _____ O
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? nein O ja O
- Schnarchen Sie jede Nacht-auch ohne Alkohol? nein O ja O
- Werden Personen in benachbarten Räumen dadurch gestört? nein O ja O
- Hat Ihr lautes Schnarchen schon vor dem 30. Lebensjahr begonnen? nein O ja O
- Schnarchen Sie auch in der Bauchlage oder im Sitzen? nein O ja O
- Werden Sie grundlos mehrmals am Tage müde? nein O ja O
- Schlafen Sie ein, wenn Sie nichts tun oder entspannt sind? nein O ja O
- Schlafen Sie abends innerhalb von fünf Minuten ein? nein O ja O
- Wurden Sie wegen Müdigkeit schon einmal in einen Autounfall verwickelt? nein O ja O
- Fühlen Sie sich morgens beim Erwachen matt und wie „zerschlagen“? nein O ja O
- Schlafen Sie beim Fernsehen ein? nein O ja O
- Schlafen Sie im Kino oder Theater ein? nein O ja O
- Sagt Ihnen Ihr/e Partner/in ob beim Schnarchen Ihre Atmung öfter aussetzt? nein O ja O
- Wurde bei Ihnen bereits eine prothetische Versorgung durchgeführt? nein O ja O
- Falls ja, wann? _____ durch _____
- Liegen oder lagen Kiefergelenksbeschwerden vor, nein O ja O
- und wurden diese bereits behandelt?
- Körpergröße (cm) _____ Gewicht (kg) _____
- Wurden die Zähne, der Kiefer oder der Schädel in den letzten nein O ja O
- 12 Monaten geröntgt? Falls ja, wann? _____
- Besitzen Sie einen Röntgenpaß? nein O ja O
- Bei Patientinnen. Sind Sie schwanger nein O ja O

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bitten Sie, uns zum Erstberatungstermin alle relevanten Arztbriefe, Befunde, Berichte, Überweisungen mitzubringen.

Einwilligung in die Übersendung/Anforderung von Befundberichten und/oder Röntgenaufnahmen an/von weiterbehandelnde/n Co-Therapeuten (z.B. Hauszahnarzt, Kieferchirurg, Physiotherapeut o.ä.).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Datum, Unterschrift Vertragspartner (Patient, bei Minderjährigen der / die Erziehungsberechtigte(n))