

Ihre Checkliste

	Ja	Nein
Schnarchen Sie jede Nacht – auch ohne vorher Alkohol getrunken zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stören Sie Ihre(n) Lebenspartner(in) mit Ihrem Schnarchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemaussetzer im Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie nächtlichen Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter sexuellen Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachen Sie morgens bereits mit Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie nächtlich Herzrasen oder Beklemmungsgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich geistig oder körperlich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie „grundlos“ mehrmals am Tag müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten, sich lange zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Bluthochdruck und nehmen Sie Medikamente dagegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Übergewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Alpträumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie nachts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schnell gereizt oder überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihnen oder Ihrem Partner Persönlichkeitsveränderungen aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>