

STOP-BANG-FRAGEBOGEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Schnarchen?

Schnarchen Sie **laut** (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) nachts Probleme zu schlafen hat)?

ja nein

Müde?

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

ja nein

Aufgefallen?

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

ja nein

Blutdruck?

Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?

ja nein

Body Mass Index über 35 kg/m²? ja nein

Große Kragenweite? (um den Kehlkopf gemessen)

Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43cm oder mehr? ja nein

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

Sind Sie über 50 Jahre alt? ja nein

Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich Männlich

Ausgefüllt am _____