

11:06 15

Spørgeskema om søvnforstyrrelser

Du bedes udfylde følgende spørgsmål:

Har du nogle af følgende kroniske sygdomme?

Forhøjet blodtryk? _____

Forhøjet kolesterol? _____

Hjerte-/lungesygdom? _____

Sukkersyge? _____

Gigtsygdom? _____

Anden sygdom? _____

Har du tidligere haft sygdom i øre-, næse eller halsområdet?

Har du tidligere været indlagt og opereret? I givet fald for hvad?

Allergi? _____

Tager du medicin / hvilke præparater? _____

Tobak: ja _____ Antal pr. dag _____ nej _____ ophørt _____

Alkohol: ja _____ Antal pr. uge _____ nej _____

Erhverv/ tidl. erhverv: _____

Tlf / Mobil nr.: _____

Email.adresse: _____

Hvor stor er sandsynligheden for, at du i nedenstående situationer blunder eller falder i søvn?

Skriv tal fra 0 - 3

- 0: falder aldrig i søvn
- 1: falder sjældent i søvn
- 2: falder af og til i søvn
- 3: falder næsten altid i søvn

Når du sidder og læser _____

Når du ser TV _____

Når du sidder stille - ex. i biograf eller til møde _____

Når bilen holder stille nogle få minutter _____

Som passager i bil ved 1 times kørsel _____

Når du lægger dig for at hvile _____

Under en samtale _____

Når du sidder stille efter en frokost uden alkohol _____

JA NEJ VED IKKE

Snorker du?

Er der bemærket lange pauser i din vejtrækning, når du sover?

Vågner du flere gang om natten?

Får du luft nok gennem næsen?

Er du træt om dagen/morgenen?

Somno Medics-maskinen, som du skal sove med i nat, skal indstilles med dine data. Du bedes derfor angive

Højde: _____

Vægt: _____

Tidspunkt du går i seng i aften: _____