

Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ BMI (Gewicht/Größe x Größe): \_\_\_\_\_

Praxisstempel

vom Patienten auszufüllen

Ja oft manchmal nein

	Ja	oft	manchmal	nein
Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke?				
Beschwerden im Bereich der Schädelmuskulatur?				
Beschwerden im Bereich der Nackenmuskulatur?				
Knirschen / Pressen mit den Zähnen?				
Schnarchen Sie regelmäßig?				
Schnarchen Sie auch in der Seitenlage?				
Schnarchen Sie laut?				
Schnarchen Sie mit regelmäßigen Unterbrechungen?				
Haben Sie morgens Kopfschmerzen?				
Ist Ihr Bett morgens zerwühlt / unordentlich?				
Sind Sie morgens unausgeschlafen?				
Werden Sie tagsüber spontan sehr müde?				
Haben Sie Probleme sich länger zu konzentrieren?				
Wurden bei Ihnen nachts lange Atempausen beobachtet?				

<b>Initiale Diagnose</b> (bei Verdacht auf OSAS sollte ein Schlafmediziner hinzugezogen werden)	Rhinchopathie oder obstruktive Schlafapnoe. Die ApnoeX® muss Ihren <b>Kiefer vorverlagern.</b>	Primäres Schnarchen ohne Beeinträchtigung. Die ApnoeX® kann in normaler <b>Bißlage eingesetzt werden</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

CMD Kurzbefund (nur vom Arzt auszufüllen)

Ja nein

	Ja	nein
Mundöffnung asymmetrisch?		
Mundöffnung eingeschränkt?		
Gelenkgeräusche?		
Okklusale Geräusche?		
Muskelpalpation schmerzhaft?		
Exzentrik traumatisch?		

<b>Empfohlene Maßnahmen</b>	<b>Schientherapie</b> vor Einsatz einer ApnoeX® <b>notwendig</b>	<b>Einsatz</b> einer ApnoeX® ohne vorherige Therapie <b>möglich</b>
-----------------------------	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------