

Kwestionariusz berliński

Ocena snu w opiece podstawowej

1. Wypełnij poniżej:

Wzrost

Waga

Wiek

Mężczyzna/kobieta

2. Czy chrapiasz?

tak

nie

nie wiem

Jeżeli chrapiasz:

3. Czy Twoje chrapanie jest?

nico głośniejsze niż oddech

głośne jak rozmowa

głośniejsze od rozmowy

bardzo głośne. Może być

słyszalne w sąsiadującym

pokoju.

4. Jak często chrapiasz?

prawie każdego dnia

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

1-2 razy w miesiącu

nigdy lub prawie nigdy

5. Czy Twoje chrapanie przeszkadza innym?

tak

nie

6. Czy ktoś zauważył, że przestajesz oddychać podczas snu?

prawie każdego dnia

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

1-2 razy w miesiącu

nigdy lub prawie nigdy

7. Jak często czujesz się zmęczony lub wyczerpany po śnie?

prawie każdego dnia

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

1-2 razy w miesiącu

nigdy lub prawie nigdy

8. W ciągu dnia, czy czujesz się zmęczony, wyczerpany lub w złej formie?

prawie każdego dnia

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

1-2 razy w miesiącu

nigdy lub prawie nigdy

9. Czy kiedykolwiek zdrzemnąłeś się lub zasnąłeś podczas prowadzenia samochodu?

tak

nie

jeśli tak, jak często ma to miejsce?

prawie każdego dnia

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

1-2 razy w miesiącu

nigdy lub prawie nigdy

10. Czy masz wysokie ciśnienie krwi?

tak

nie

nie wiem

Imię i Nazwisko

Adres