

Hier können Sie testen, ob der Schnarchschutz SILENSOR auch für Sie geeignet ist.

**Fragebogen:** Dieser Fragebogen soll die Befunderhebung bezüglich des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe erleichtern. Es kann sinnvoll sein, diesen Fragebogen dem Patienten mitzugeben, damit er zusammen mit seiner Partnerin oder seinem Partner einige Fragen daraus besprechen kann.

	<b>ja</b>	<b>manchmal</b>	<b>nein</b>
<b>Schnarchen Sie nur in der Rückenlage?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schnarchen Sie nur mit geöffnetem Mund?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keine Anteriorisierung des Unterkiefers mit dem Silensor. -----

Keine Anteriorisierung des Unterkiefers mit dem Silensor, evtl. muss nach einer Testphase ein kürzerer Verbinder eingehängt werden. -----

Anteriorisierung des Unterkiefers mit dem Silensor notwendig oder siehe weiter unten. -----

<b>Schnarchen Sie laut?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie Probleme, sich lange zu konzentrieren?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Übermannt Sie tagsüber plötzlich der Schlaf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wurden bei Ihnen Atempausen während des Schlafs beobachtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine obstruktive Schlafapnoe liegt wahrscheinlich vor. Behandlung beim Facharzt erforderlich. Anteriorisierung des Unterkiefers mit dem Silensor notwendig. -----

Eine obstruktive Schlafapnoe kann nicht ganz ausgeschlossen werden. Anteriorisierung des Unterkiefers mit dem Silensor notwendig. -----

Eine obstruktive Schlafapnoe liegt wahrscheinlich nicht vor, Anteriorisierung des Unterkiefers mit dem Silensor notwendig oder siehe oben. -----

<b>Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fühlt sich Ihre Backenmuskulatur morgens angespannt, verkrampft an?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Behandlung mit dem SILENSOR ist wegen einer weiteren Schädigung des Kiefergelenks kontraindiziert. -----

Eine genaue Abklärung zum Ausschluss einer Kiefergelenkskrankheit ist vor der Eingliederung des SILENSORS notwendig. -----

Eine Kiefergelenkskrankheit liegt wahrscheinlich nicht vor, die Behandlung mit dem SILENSOR ist indiziert. -----

Der Fragebogen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Er lässt den Befund meist nur tendenziell erkennen. Weitere befunderhebende Maßnahmen sind ggf. nötig. Ergibt sich ein Verdacht auf obstruktive Schlafapnoe, sollte dringend eine allgemeine schlafmedizinische Abklärung empfohlen werden.  
Ab 150 % des Normalgewichts sind orale Behelfe meist wirkungslos.

<b>Name:</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>Größe:</b>
-----	kg	cm
<b>Adresse:</b>	-----	-----
-----	-----	-----

Copyright by ERKODENT • Printed in Germany • P. 53-2005-1

Zur unverbindlichen Auswertung Ihres Fragebogen, senden Sie diesen ausgefüllten Selbsttest bitte per Fax an 0211 / 470 72 51 oder per e-mail an bs@schuelerdental oder per Post an: Schüler Dental-Technik GmbH, Frankenstraße 40, 40476 Düsseldorf.

Ihre Daten und Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an andere Unternehmen weitergegeben.