

	ja	nein
1. Schnarchen Sie jede Nacht – auch ohne Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Werden auch Personen in benachbarten Räumen gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurden bei Ihnen Atemstillstände im Schlaf beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erwachen Sie morgens bereits mit Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werden Sie grundlos mehrmals am Tage müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schlafen Sie leicht beim Fernsehen, Lesen o. am Arbeitsplatz ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Schlafen Sie Im Kino oder Theater ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Werden Sie beim Autofahren leicht müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Schwierigkeiten, sich lange zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie Bluthochdruck und nehmen Sie Medikamente dagegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie Übergewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>