

Fragebogen zur Therapiebeurteilung mit SomnoGuard[®]

Stand: 25.08.2009

Zweck

Die Tomed GmbH ist in Zusammenarbeit mit Ärzten verschiedener Fachdisziplinen bestrebt, Wirksamkeit, Verträglichkeit und Handhabung der vorliegenden Aufbißschiene noch weiter zu optimieren bzw. neue weiter verbesserte progenierende Schienen zu entwickeln. Um Ihnen und vielen anderen Betroffenen zukünftig noch besser helfen zu können, bitten wir Sie um Ihre Rückmeldung zum Ergebnis der Behandlung mit SomnoGuard. Vor Ausfüllen des Fragebogens sollten Sie SomnoGuard mindestens 6 Wochen benutzt haben bzw. die Benutzung –aus welchen Gründen auch immer - endgültig eingestellt haben. Bitte lesen Sie diesen Fragebogen zunächst sorgfältig durch, bevor Sie ihn ausfüllen, und schicken Sie ihn wiederum an o.a. Anschrift zurück.

Wir danken allen Teilnehmern an dieser Fragebogenaktion für Ihren Beitrag zur Weiter -/Entwicklung neuer Therapieformen gegen Schnarchen und Schlafapnoe.

Bitte beantworten Sie alle Fragen; zwecks statistischer Auswertung werden alle Angaben anonym gespeichert!

Initialen: _____ Alter (Jahre): _____ Datum: _____

Geschlecht: männlich weiblich Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Meine (Schicht-) Arbeitszeiten sind in der Regel von _____ Uhr bis _____ Uhr

1.) Schlafapnoe assoziierte Symptome und Erkrankungen vor der Benutzung von SomnoGuard (zutreffendes bitte ankreuzen):

Ich schnarche: nur nach Alkoholgenuß sonst eher selten immer/regelmäßig

Zur Beurteilung der Stärke des Schnarchens durch Ihren Partner platzieren Sie auf der folgenden Skala bitte eine senkrechte Linie an der Stelle, die Ihren Zustand am besten beschreibt. (Bezogen auf Ihren Alltag in letzter Zeit.)

Kein Schnarchen Sehr stark, Partner verläßt den Raum

Nach Beobachtung meines Partners sind die Scharchgeräusche:

von vereinzelt Atemaussetzern unterbrochen von häufigen Atemaussetzern unterbrochen

Mein Schlaf ist eher unruhig Tagsüber fühle ich mich oft: müde/unausgeschlafen depressiv

Folgende Erkrankungen wurden bei mir festgestellt: Bluthochdruck Herzrythmusstörungen

Bemerkungen: _____

2.) Seit wann benutzen Sie die Aufbißschiene? Datum: _____

War dies Ihre erste SomnoGuard-Aufbißschiene? ja nein Falls nein, die wievielte? _____

Wieviele Monate/Jahre benutzten Sie Ihre vorherige SomnoGuard-Aufbißschiene? _____

Bemerkungen: _____

3.) Wer nahm die Anpassung vor? Ich nahm die Anpassung selbst vor: Mein Arzt nahm Anpassung vor:

Welcher Fachrichtung gehört der anpassende Arzt an (z.B. HNO, Lungenfacharzt etc): _____

Überprüfte Ihr Arzt nach Anpassung Sitz und Funktion der Aufbißschiene? ja nein

Datum der ersten Überprüfung von Sitz und Funktion durch Ihren Arzt: _____

4.) Wieviele Nächte pro Woche schlafen Sie durchschnittlich mit der Aufbißschiene? _____ Nächte
Falls nicht jede Nacht, warum tun Sie dies nicht? _____

5.) Wieviele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht mit der Aufbißschiene? _____ Stunden
Falls nicht die ganze Nacht, warum? _____

6.) Wie lange hat es gedauert bis Sie sich an die Aufbißschiene gewöhnt hatten? _____ Tage
Ich habe mich nicht an die Aufbißschiene gewöhnen können, weil _____

7.) Wie oft haben Sie/ wurde Ihnen die Aufbißschiene angepaßt?

nur 1x insgesamt 2x insgesamt 3x mehr als 3x

Falls Sie die Aufbißschiene mehr als 1x angepaßt haben, warum? _____

Wie haben Sie bei einer weiteren Anpassung die Position des Unterkiefers verändert?

weiter nach vorne weiter nach hinten gleiche Position, aber habe Seitenränder besser angedrückt
ganz anders: _____

Wie haben sich die Probleme verändert, die Sie veranlaßten, die Aufbißschiene mehr als 1x anzupassen

alles war gut besser, aber nicht vollständig in Ordnung keine Änderung schlechter

8.) Was für Probleme haben Sie jetzt noch mit der Aufbißschiene (mehrere Antworten möglich)?

- es stört mich ganz einfach/ ich kann mich nicht daran gewöhnen das Gerät ist mir zu groß
das Gerät ist mir zu klein die Aufbißschiene ist zu hart die Aufbißschiene ist zu weich
die Aufbißschiene sitzt zu stramm die Aufbißschiene sitzt zu locker, fällt mir aus dem Mund
mein Partner findet mein Aussehen damit komisch mir läuft Speichel aus dem Mund
die Ränder sind zu dick/ scharfkantig ich empfinde einen Würgereiz
mein Zahnfleisch wird wund/ blutet mehr als vorher meine Zunge/ Wangen werden wund
die Zähne tun mir weh meine Zähne wackeln mehr als vorher
meine Zähne passen am Morgen nach dem Rausnehmen der Schiene anfangs nicht richtig zusammen
meine Kiefergelenke tun mir morgens mehr weh als vorher
meine Kaumuskeln/ Gesichtsmuskeln tun mir morgens weher als vorher
ich habe das Gefühl, ich bekomme mit der Aufbißschiene im Mund nicht genügend Luft

ich habe mit der Aufbißschiene einen schlechten Geschmack im Mund

mein Mund/ Nase/ Rachen fühlt sich trocken an habe keine Probleme, alles klappt prima

Kommentare / andere Probleme: _____

9.) Verschwinden die Beschwerden nach Herausnahme der Aufbißschiene aus dem Mund kurzfristig von selbst?

ja, es dauert ca. _____ Minuten/ Stunden nein

Falls nein, was tun Sie dagegen? _____

10.) Wie fühlen Sie sich insgesamt, seitdem Sie die Aufbißschiene benutzen?

sehr viel besser etwas besser gleich wie vorher etwas schlechter

sehr viel schlechter

11.) Wie sind Sie insgesamt mit der Aufbißschiene zufrieden?

gar nicht es geht so zufrieden sehr zufrieden

Haben Sie Verbesserungsvorschläge? _____

12.) Wie hat sich die Lautstärke des Schnarchens verändert, seitdem Sie die Aufbißschiene benutzen?

nicht mehr zu hören leiser unverändert lauter weiß nicht

Zur Beurteilung der Stärke des Schnarchens durch Ihren Partner platzieren Sie auf der folgenden Skala bitte erneut eine senkrechte Linie an der Stelle, die Ihren Zustand in letzter Zeit am besten beschreibt.

Kein Schnarchen mehr Unverändert sehr stark, Partner verläßt den Raum

13.) Wie hat sich die Dauer des Schnarchens verändert, seit Sie die Aufbißschiene benutzen?

ich schnarche gar nicht mehr weniger oft und/ oder lange unverändert

öfters und/ oder länger weiß nicht

14.) Wie hat sich nach Ansicht Ihres Partners die Anzahl der Atemaussetzer verändert, seitdem Sie die Aufbißschiene benutzen?

keine Atemaussetzer mehr weniger oft unverändert häufiger weiß nicht

Wurden vor oder während der Behandlung mit der Aufbißschiene noch andere Maßnahmen ergriffen?
(mehrere Antworten möglich)

Schlafposition geändert vor Aufbißschiene nach Aufbißschiene

von _____ auf _____

ich habe _____ kg abgenommen

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ich trinke weniger/ keinen Alkohol mehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ich arbeite nicht mehr im Schichtdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ich nehme/ nahm Theophyllin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ich benutze ein n-CPAP Gerät | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ich wurde operiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Mandelentfernung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Gaumensegelstraffung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Zäpfchenverkleinerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nasenscheidewandoperation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nasennebenhöhlenoperation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Oberkieferverlagerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Unterkieferverlagerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Unterkieferrückverlagerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | andere Maßnahmen: | | |
| | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15.) Wie reinigen Sie Ihre Aufbißschiene (mehrere Antworten möglich)?

- gar nicht ich spüle sie mit Wasser ab Zahnbürste/ Handbürste und Wasser
Zahnbürste/ Handbürste und Zahnpasta Zahnbürste/ Handbürste und Flüssigseife (Handwaschlotion)
Reinigungstabletten (z.B. Corega Tabs) ich lege die Aufbißschiene in Mundwasser ein
welches Mundwasser? _____ wie oft? _____ Tage/Woche

16.) Finden Sie es leicht die Aufbißschiene sauber zu halten (mehrere Antworten möglich)?

- ja, die Aufbißschiene sieht noch aus wie neu es setzt sich Schmutz, Zahnstein an
die Aufbißschiene verfärbt sich die Aufbißschiene fängt an, schlecht zu riechen

Bemerkungen: _____

Freiwillige Angaben:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer für etwaige Rückfragen: _____

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!