

# Fliegerärztliche Sprechstunde

Dr. med. Benno Kretzschmar

## STOP Bang – Fragebogen

(zur Abklärung obstruktiver Schlafapnoe)

Name, Vorname: .....

Datum:.....

- ☐ Ja ☐ Nein 1. Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellenbogen anstößt, weil Sie schnarchen?
- ☐ Ja ☐ Nein 2. Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?
- ☐ Ja ☐ Nein 3. Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?
- ☐ Ja ☐ Nein 4. Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?
- ☐ Ja ☐ Nein 5. Haben sie einen Body Mass Index über 35 kg/m<sup>2</sup>?
- ☐ Ja ☐ Nein 6. Sind Sie über 50 Jahre alt?
- ☐ Ja ☐ Nein 7. Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite (Gemessen um den Kehlkopf) von 43 cm oder mehr?
- Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?
- ☐ Ja ☐ Nein 8. Geschlecht = Männlich?

Unterschrift:.....

Niedriges OSA-Risiko: 0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres OSA-Risiko: 3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes OSA-Risiko: 5-8 Fragen mit Ja beantwortet

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + männliches Geschlecht

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + Halsumfang > 43 / 41