

Aktualisierter STOP-Bang-Fragebogen

Ja Nein **Schnarchen?**
☐ ☐ **Schnarchen** Sie **laut** (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bett Nachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?

Ja Nein **Müde?**
☐ ☐ Sind Sie tagsüber oft **müde, erschöpft oder schläfrig** (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)?

Ja Nein **Aufgefallen?**
☐ ☐ Ist es schon einmal jemandem **aufgefallen**, dass Sie im Schlaf **aufhören zu atmen** oder **keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen**?

Ja Nein **Blutdruck?**
☐ ☐ Haben Sie **Bluthochdruck** oder werden Sie dagegen behandelt?

Ja Nein **Body Mass Index über 35 kg/m²?**
☐ ☐

Ja Nein **Sind Sie über 50 Jahre alt?**
☐ ☐

Ja Nein **Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf)**
☐ ☐ Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr?
Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?

Ja Nein **Geschlecht = Männlich?**
☐ ☐

Bewertungskriterien: