

# Fragebogen obstruktive Schlafapnoe OSAS



Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_ Testdatum \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, was Ihnen bei Ihrem Kind im vergangenen Monat aufgefallen ist:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>unklar</b>
Während des Schlafes, hat Ihr Kind:	1	0	
Schnarchen mehr als die Hälfte der Zeit geschnarcht?	1	0	
Immer geschnarcht?	1	0	
Laut geschnarcht?	1	0	
"schwer" oder laut geatmet?	1	0	
Probleme oder Schwierigkeiten beim Atmen?	1	0	
Haben Sie jemals beobachtet dass Ihr Kind den Atem im Schlaf anhält?	1	0	
Hat Ihr Kind auch am Tag die Tendenz durch den Mund zu atmen?	1	0	
Hat es einen trockenen Mund beim Aufwachen?	1	0	
Macht es gelegentlich ins Bett?	1	0	
Wacht es unerfrischt, müde auf?	1	0	
Ist es tagsüber schlafig?	1	0	
Hat ein Lehrer oder andere Betreuer beobachtet, dass Ihr Kind tagsüber schlafig zu sein scheint?	1	0	
Ist es schwer am Morgen schwer weckbar, bzw. Hat Mühe aufzuwachen?	1	0	
Hat Ihr Kind beim aufwachen Kopfschmerzen?	1	0	
Ist Ihr Kind übergewichtig?	1	0	
Das Kind scheint oft nicht zuzuhören, wenn es direkt angesprochen wird	1	0	
Es hat Schwierigkeiten seine Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	1	0	
Ist leicht durch äußere Reize abgelenkt	1	0	
Zappelt mit Händen oder Füßen, oder rutscht auf dem Stuhl herum	1	0	
Ist "on the go" oder oft tut, als sei es "von einem Motor angetriebenen"	1	0	
Unterbricht andere oder mischt sich in Gespräche oder Spiele ein	1	0	
<b>Total</b>			/22

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## Beurteilung

Cut-off von > 0,33 für abnormal, bzw. Weiter abzuklären.

## Literatur

- Nach Chervin RD, Hedger K, Dillon JE, Pituch LI (2000). Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ): Probleme und Verhaltensstörungen. Sleep Medicine 21-32.