

BANG – Fragebogen - Flieger

STOP (bitte ankreuzen)	Ja	Nein
Schnarchen Sie laut (lauter als normales Sprechen oder so laut, dass man es durch geschlossene Türen hören kann)?	☐	☐
Fühlen Sie sich tagsüber häufig müde, erschöpft oder schläfrig?	☐	☐
Hat jemand beobachtet, dass Sie während des Schlafs aufhören zu atmen?	☐	☐
Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie deswegen behandelt?	☐	☐

BANG (bitte ankreuzen)	Ja	Nein
BMI über 35 kg/m ² ?	☐	☐
Alter über 50 Jahre?	☐	☐
Halsumfang > 40 cm?	☐	☐
Geschlecht: männlich?	☐	☐

Risiko für Schlafapnoe (OSA)	Kriterien	
Hohes Risiko	5–8 „Ja“-Antworten	☐
Mittleres Risiko	3–4 „Ja“-Antworten	☐
Niedriges Risiko	0–2 „Ja“-Antworten	☐