

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	0 1 2 3
Beim Fernsehen	0 1 2 3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	0 1 2 3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0 1 2 3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	0 1 2 3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	0 1 2 3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0 1 2 3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0 1 2 3
Bitte nicht ausfüllen	0 1 2 3
Summe	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen:	Ja	Nein	Nicht bekannt
Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht oder mehr als 3 x pro Woche) oder berichtet Ihr Partner oder Ihre Partnerin darüber			
Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner oder Ihre Partnerin darüber?			
Leiden Sie am Tag unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu? Schlafen Sie ungewollt ein?)			
Sind Sie schon einmal während der Arbeit ungewollt eingeschlafen? Sind Sie am Steuer schon einmal ungewollt eingeschlafen?			

Unterschrift: _____