

Die Epworth Schläfrigkeitsskala

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Kontrolle: _____

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden- sich also nicht nur müde fühlen? Diese Frage bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige der unten genannten Situationen in der letzten Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte trotzdem, sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten.

Benutzen Sie die folgende Skala, um für jede Situation die am besten passende Einschätzung auszuwählen:

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an!

Situation:	Wahrscheinlichkeit des Einnickens:
Im Sitzen lesen	① ② ③
Fernsehen	① ② ③
Ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Theater oder Versammlung)	① ② ③
Als Mitfahrer in einem Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Unterbrechung	① ② ③
Sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben	① ② ③
Mit jemandem zusammensitzen und sich unterhalten	① ② ③
Ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	① ② ③
Als Fahrer in einem Auto, wenn Sie einige Minuten halten müssen (z.B. Stau, Bahnschranke)	① ② ③

Bitte auch die Rückseite ausfüllen!



Fragebogen Schlafbezogene Atmungsstörung

Schnarchen Sie laut und unregelmäßig?

nie selten oft sehr oft immer

Fühlen Sie sich morgens frisch und ausgeruht?

immer sehr oft oft selten nie

Hat man bei Ihnen während des Schlafes Atempausen beobachtet?

nie selten oft sehr oft immer

Können Sie gut einschlafen?

nie selten oft sehr oft immer

Neigen Sie dazu tagsüber einzuschlafen?

nie selten oft sehr oft immer

Haben Sie Mühe, wach zu bleiben, auch wenn Sie sich eigentlich nicht entspannen wollen (z.B. beim Lesen oder Fernsehen)?

nie selten oft sehr oft immer

Nehmen Sie Schlafmittel?

immer sehr oft oft selten nie

Trinken Sie ab und zu Alkohol?

nie selten oft sehr oft immer

Leiden Sie morgens unter Mundtrockenheit?

nie selten oft sehr oft immer

Schlafen Sie mit offenem Mund?

nie selten oft sehr oft immer

Haben Sie oft eine verstopfte oder laufende Nase?

nie selten oft sehr oft immer

Leiden Sie nachts unter Atemnot?

nie selten oft sehr oft immer

Schlafen Sie sehr unruhig?

nie selten oft sehr oft immer

Haben Sie morgens Kopfschmerzen?

nie selten oft sehr oft immer

Wurden bei Ihnen nächtliche Zuckungen beobachtet?

nie selten oft sehr oft immer

Neigen Sie dazu beim Autofahren einzuschlafen?

nie selten oft sehr oft immer