

**Fragebogen zur
Tagesschläfrigkeit**

(Epworth Sleepiness Scale)

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Pat.-Nr.: _____

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 (bitte ankreuzen)			
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 sich 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				
Summe				

Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten während der letzten vier Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte dieser vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

übliche Uhrzeit: _____

2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten: _____

3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

übliche Uhrzeit: _____

4. Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?

Effektive Schlafzeit pro Nacht in Stunden: _____

5. Wie oft haben Sie während der letzten Wochen schlecht geschlafen, **(bitte ankreuzen)**

	gar nicht	< 1x / Woche	1 – 2x / Woche	> 3x / Woche
...weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?				
... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?				
... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?				
... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?				
... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?				
... weil Ihnen zu kalt war?				
... weil Ihnen zu warm war?				
... weil Sie schlecht geträumt haben?				
... weil Sie Schmerzen hatten?				
... aus anderen Gründen?				

6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

sehr gut

ziemlich gut

ziemlich schlecht

sehr schlecht