

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Zunächst brauchen wir Angaben über Ihr **Gewicht**: _____kg und Ihre **Größe**: _____cm

Licht aus: ___Uhr **Licht an**: ___Uhr **Blutdruck**: _____mmHg um _____ Uhr

Die folgenden Fragen beziehen 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 | Summe | | | |