

Datum ____ . ____ . ____

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum ____ . ____ . ____

Besteht lautes, unregelmäßiges Schnarchen? nie selten häufig

Wurden Atempausen in der Nacht beobachtet? nie selten häufig

Sind Sie am Tag schläfrig oder unausgeglichen? nie selten häufig

Morgendlicher Kopfschmerz oder Mundtrockenheit? nie selten häufig

Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen? nie selten häufig

Übliche Einschlafzeit: _____ Uhr Übliche Aufstehzeit: _____ Uhr

Bluthochdruck: ja nein ; Diabetes mellitus: ja nein ; Herzinsuffizienz: ja nein

Herzrhythmusstörungen: ja nein ; Früherer Schlaganfall / Herzinfarkt ja nein

Größe: _____ cm; Gewicht: _____ kg; (BMI _____ kg/m²)

Epworth Sleepiness Scale, (ESS)

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 letzter Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben. Versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie diese Situationen sich auf Sie ausgewirkt hätten.

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	Niemals	Gering	Mittel	Hoch
Im Sitzen lesend	①	②	③	④
Beim Fernsehen	①	②	③	④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. Kino, Theater, Versammlung)	①	②	③	④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	①	②	③	④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	①	②	③	④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	①	②	③	④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	①	②	③	④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	①	②	③	④
Summe:				