

Fragebogen zur Erfassung von Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Standort: Berliner Tor Farmsen
Termin: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 eine eingeschränkte Schlafqualität kann zu deutlich weitreichenderen Folgen führen als „nur“
 einer zunehmenden Müdigkeit während des Tages, nämlich auch zu einer verschlechterten
 Diabetes- oder Bluthochdruckeinstellung. Zur einfachen und raschen weiteren Klärung
 möchten wir Sie bitten, diesen kurzen Fragebogen spontan auszufüllen, damit eine weitere
 präzise ärztliche Beurteilung möglich ist.

Persönliche Daten

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____
Telefon: _____ **Fax:** _____
Handy: _____ **E-Mail:** _____

**Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in folgenden Situationen ein?
 Bitte kreuzen Sie an, mit welcher Wahrscheinlichkeit Sie einschlafen werden.**

0 = schlafe dabei nie ein

1 = eine geringe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

2 = eine mittlere Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

3 = eine hohe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Beim Sitzen und Lesen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. Beim Fernsehen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Beim inaktiven Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Beim Reisen während einer einstündigen Autofahrt ohne Pause (als Beifahrer) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. Beim Ausruhen am Nachmittag | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. Sitzend während eines Gespräches | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. Beim ruhigen Sitzen nach dem Essen ohne Alkohol | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Beim Autofahren während eines kurzen Stopps im Verkehr (z.B. Ampel, kleiner Stau) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bei mehr als 8 Punkten besteht der Verdacht auf eine behandlungsbedürftige Schlafapnoe/Schnarcherkrankung. Bitte fragen Sie Ihren Arzt.