

Ambulantes Schlaflabor

Fragebogen III (Einschätzung der Schläfrigkeit)

Dr. med. Frank Käbner ~ Dipl.-Med. Frank Heinrich ~ Iwona Cwiek

Thiemstraße 124 * 03050 Cottbus

Tel.: (0355) 543 922 ~ Fax: (0355) 543 923

Epworth Sleepiness-Scale

Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in den folgenden Situationen ein? Bitte kreuzen Sie an Mit welcher Wahrscheinlichkeit Sie einschlafen werden. 0 schlafe nie ein 1 eine geringe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen 2 eine mittlere Wahrscheinlichkeit einzuschlafen 3 eine hohe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen	Beim Sitzen und Lesen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Beim Fernsehen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Bei inaktivem Sitzen an einem öffentlichen Ort	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Beim Reisen während einer einstündigen Autofahrt ohne Pause	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Beim Ausruhen am Nachmittag	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Sitzend während eines Gesprächs	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Beim ruhigen sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Beim Autofahren, während eines kurzen Stopps im Verkehr	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Quality of Life-Fragebogen (QoL)

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient:	sehr schlecht	Beispiel: Das Wetter war gestern:	sehr gut
		<input type="text"/>	
	sehr müde	Wie müde fühlen Sie sich gerade?	sehr wach
		<input type="text"/>	
	sehr abgelenkt	Wie stufen Sie Ihr Konzentrationsvermögen jetzt gerade ein?	sehr konzentriert
		<input type="text"/>	
	sehr traurig	Wie war Ihre Stimmung in den letzten 3 Tagen?	sehr frohen Mutes
		<input type="text"/>	
	sehr schwer	Die täglichen Verrichtungen des Alltags (Anziehen, Zähneputzen, Einkaufen, zur Arbeit gehen) fallen mir:	sehr leicht
	<input type="text"/>		
sehr niedrig	Wie hoch schätzen Sie Ihre Freude am Leben zurzeit ein:	sehr hoch	
	<input type="text"/>		
sehr müde	Wie wach fühlen Sie sich gerade jetzt?	sehr wach	
	<input type="text"/>		
überhaupt nicht zufrieden	Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden:	sehr zufrieden	
	<input type="text"/>		

Bitte beachten Sie, dass manche der folgenden Fragen sich auf Ihren jetzigen Zustand beziehen. Bitte machen Sie einen Strich auf der Skala, der Ihrer jeweiligen Beurteilung oder Ihrem Zustand entspricht, wie im folgenden Wetterbeispiel.

Name:

Ort:

Datum:

Unterschrift: