

Pneumologische Gemeinschaftspraxis

Dr. Katarina Ludwig

Internistin, Pneumologin

Heike Berit Janßen

Internistin, Pneumologin

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Datum

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 dazu 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

Beim Fernsehen

Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen
(z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)

Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause

Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen

Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten

Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen

Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige
Minuten halten müssen

Summe

Bitte nicht ausfüllen

Pneumologische Gemeinschaftspraxis

Dr. Katarina Ludwig

Internistin, Pneumologin

Heike Berit Janßen

Internistin, Pneumologin

	Ja	Nein
Nehmen Sie Schlafmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol vor dem Schlafengehen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Schnarchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schnarchen Sie laut und unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat Ihr Partner Atempausen während ihres Schlafes bemerkt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neigen Sie dazu, gegen Ihren Willen tagsüber einzuschlafen (z.B. beim Lesen während der Mahlzeit, bei der Arbeit ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlen Sie sich trotz ausreichend langem Schlaf morgens müde und abgeschlagen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist bei Ihnen ein Bluthochdruck bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Mühe, beim Autofahren wach zu bleiben ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie in den letzten Jahren Haushalts-, Arbeits- oder Verkehrsunfälle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen 1 - 8: Je mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, umso dringender besteht Verdacht auf Schlafapnoe.