

Schlafanalyse

- 1= **nie (trifft überhaupt nicht zu)**
 2= **selten (trifft nicht zu)**
 3= **gelegentlich (bin nicht sicher)**
 4= **häufig (trifft zu)**
 5= **immer (trifft ganz genau zu)**

1 2 3 4 5

Ich habe Schwierigkeiten mit dem Einschlafen	<input type="checkbox"/>				
Ich wache aus dem Nachtschlaf auf	<input type="checkbox"/>				
Beim Zubettgehen drängt sich eine Fülle von Gedanken in meinem Kopf	<input type="checkbox"/>				
Beim Zubettgehen fühle ich mich traurig und niedergedrückt	<input type="checkbox"/>				
Beim Einschlafen fühle ich mich plötzlich wie gelähmt, kann mich plötzlich nicht mehr bewegen	<input type="checkbox"/>				
Beim Einschlafen habe ich „unruhige“ Beine (ein Gefühl von Kribbeln), Schmerzen und die Unfähigkeit, die Beine ruhig zu halten	<input type="checkbox"/>				
Man sagt, dass ich laut schnarche/ mit meinem Schnarchen andere störe	<input type="checkbox"/>				
Man sagt, dass ich im Schlaf aufhöre zu atmen/ meine Atmung aussetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich wache plötzlich nach Luft ringend auf, unfähig zu atmen	<input type="checkbox"/>				
In der Nacht habe ich Herzjagen/ einen unregelmäßigen Herzschlag	<input type="checkbox"/>				
Ich schwitze sehr in der Nacht	<input type="checkbox"/>				
Mein Schlaf wird durch „unruhige“ Beine beeinträchtigt/ gestört (meine Beine kribbeln, schmerzen und ich muss sie reiben/ bewegen	<input type="checkbox"/>				

Mein Schlaf wird durch Traurigkeit / Niedergeschlagenheit beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nach einem Nickerchen kann ich mich nicht bewegen, bin ich „erstarrt“	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass ich unter Schlaflosigkeit leide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jetzt bin ich tagsüber sehr müde/ habe Schwierigkeiten wach zu bleiben	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
In den vergangenen 6 Monaten bin ich in einer der folgenden Situationen eingeschlafen: <ul style="list-style-type: none"> • beim Essen • beim Telefonieren • im Gespräch • während einer Bus- oder Autofahrt • beim Fernsehen • im Theater • beim Lesen eines Buches • in einem Vortrag • 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jetzt habe ich Schwierigkeiten, meine Arbeit zu verrichten, da ich schläfrig oder müde bin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich muss jemanden anderen bitten, den Wagen zu lenken, da ich zu schläfrig bin, um es selbst zu tun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es kommt vor, dass ich mit meinem Wagen an einen falschen Ort gefahren bin und ich mich nicht erinnern kann, wie ich dorthin gekommen bin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich habe oder hatte einen zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ich habe beim Einschlafen Schwierigkeiten, durch die Nase zu atmen, habe eine verstopfte Nase beim Einschlafen (Allergien, Infektionen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ich auf dem Rücken schlafe, sind mein Schnarchen und/ oder meine Schwierigkeiten beim Atmen deutlich schlechter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mein Schnarchen/ Atemschwierigkeiten sind deutlich schlechter, wenn ich einschlafe, gleich nachdem ich Alkohol getrunken habe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Was ist die längste Zeit, die Sie nach nächtlichem Erwachen wach sind? 1= weniger als 5 Min, 2= 6-19 Min, 3= 20-59 Min, 4= 1-2 Std, 5= mehr als 2 Std.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie oft müssen Sie in der Nacht aufstehen, um auf die Toilette zu gehen, um Wasser zu lösen? 1= nie, 2= einmal, 3= 2Mal, 4= 3Mal 5= 4 Mal o. mehr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie viele Unfälle bei der Arbeit hatten Sie als Folge von Müdigkeit oder Erschöpfung? 1= keine, 2= einen, 3= 2, 4= 3, 5= 4 oder mehr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie ihre Leistungsfähigkeit? Wählen Sie eine Zahl von 1-6 wobei 1= taufrisch, unternehmenslustig, 6= todmüde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

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 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
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	<i>Summe</i>			