

## Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

Name

geb. am:

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 bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesen	①    ②    ③    ④
Beim Fernsehen	①    ②    ③    ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	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
Bitte nicht ausfüllen	
Summe	

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Auswertung :

Unter 5 Punkten : Kein Hinweis auf erhöhte Tagesschläfrigkeit

5-10 Punkte : leicht erhöhte Tagesschläfrigkeit.

Bei Risikofaktoren weitere Untersuchung empfohlen

Über 10 Punkte : Starke Tagesschläfrigkeit. V.a. Obstruktives Schlaf Apnoe Syndrom.

Weitere Abklärung mit Polygraphie dringend empfohlen