

## Fragebogen zur Erfassung von Müdigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

eine eingeschränkte Schlafqualität, aus welchen Gründen auch immer, kann zu deutlich weitreichenderen Folgen führen als „nur“ einer zunehmenden Müdigkeit während des Tages. Zur einfachen und raschen weiteren Klärung möchten wir Sie bitten, diesen kurzen Fragebogen direkt auszufüllen, damit eine weitere präzise ärztliche Beurteilung möglich ist.

**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             | <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 | <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 Stops im Verkehr      | <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.