

FRAGEBOGEN TAGESSCHLÄFRIGKEIT

Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Epworth-Schläfrigkeitsskala

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

DATUM

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr **normales Alltagsleben in der letzten Zeit**. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen **einnicken oder einschlafen** würden – sich also nicht nur müde fühlen? Auch wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, stellen Sie sich bitte vor, wie Sie darauf reagiert hätten. **Kreuzen Sie in jeder Zeile genau eine Zahl an.**

0 würde niemals einnicken

1 geringe Wahrscheinlichkeit

2 mittlere Wahrscheinlichkeit

3 hohe Wahrscheinlichkeit

SITUATION	0	1	2	3
01 Im Sitzen lesend	☐	☐	☐	☐
02 Beim Fernsehen	☐	☐	☐	☐
03 Wenn Sie passiv in der Öffentlichkeit sitzen z. B. als Zuhörer im Theater oder bei einem Vortrag	☐	☐	☐	☐
04 Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	☐	☐	☐	☐
05 Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	☐	☐	☐	☐
06 Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	☐	☐	☐	☐
07 Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	☐	☐	☐	☐
08 Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank! Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen am Empfang ab. Bei Fragen hilft Ihnen unser Praxisteam gern weiter.

VON DER PRAXIS AUSZUFÜLLEN

Summe _____ / 24

Kürzel _____