

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Name des Patienten:..... **Geburtsdatum:**.....

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 Scala, 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**

Situationen	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, Vortrag)	(0) (1) (2) (3)
Als Beifahrer im Auto während einer 1-stündigen Fahrt ohne Pause	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie sich am Mittag hingelegt haben um auszuruhen	(0) (1) (2) (3)
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem 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)
Summe	/ 24

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung der Beratung hinsichtlich von Schnarchproblemen oder Atemregulationsstörungen im Schlaf bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sollte dies im einen oder anderen Fall nicht möglich sein, überspringen Sie die betreffende Frage einfach.

Bitte markieren Sie die richtige Antwort. Steht die korrekte Antwort nicht zur Auswahl, notieren Sie Ihre Antwort bitte ergänzend.

1. Wie wurden Sie darauf aufmerksam, dass Sie schnarchen?
 Ich wache durch das eigene Schnarchgeräusch auf.
 Ich wurde von anderen darauf aufmerksam gemacht.
2. Ist Ihr Lebenspartner durch Ihr Schnarchen beeinträchtigt ? Ja Nein
3. Die Lautstärke des Schnarchens ist leise lauter als normale Sprache hört man durch Türen
4. a) In welcher Körperlage Schnarchen Sie verstärkt?
 nur in Rückenlage vermehrt in Rückenlage
 in Seitenlage vermehrt in Seitenlage
 in sonstiger Lage in allen Lagen gleich stark
4. b) Schlafen Sie mit offenem oder geschlossenem Mund? offener Mund geschlossener Mund
5. Leiden Sie unter „unruhigen Beinen“ (Restless-Leg-Syndrom) während des Schlafes? Ja Nein
6. Wie häufig tritt das Schnarchen auf: 1-2x pro Woche 3-4 x pro Woche jede Nacht
7. Wurden bei Ihnen Atemaussetzer (längere Pausen der Atmung) während des Schlafs beobachtet? Ja Nein
8. Erwachen Sie nachts mit dem Gefühl, zu ersticken? Ja Nein
9. Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? _____ Stunden
10. Erwachen Sie nach längerem Schlaf (mindestens 6 Std.) erholt? Ja Nein
11. Fühlen Sie sich morgens beim Aufwachen müde? Ja Nein
12. Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? Ja Nein
13. Nicken Sie bereits am Vormittag für Augenblicke ein (Tagesschläfrigkeit) ? Ja Nein
14. Haben Sie morgens öfter Kopfschmerzen? Ja Nein
15. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Ja Nein
16. Schlafen Sie schlecht ein? Ja Nein

17. Wachen Sie nachts häufig auf (Grübeln Sie)? Ja Nein
18. Werden Sie regelmäßig von Alpträumen geplagt? Ja Nein
19. Schwitzen Sie nachts stark ? Ja Nein
20. Sind Sie in letzter Zeit am Steuer eingeschlafen? Ja Nein
21. Hat Ihre Leistungsfähigkeit in letzter Zeit deutlich nachgelassen? Ja Nein
22. Fühlen Sie sich in letzter Zeit antriebslos oder deprimiert? Ja Nein
23. Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase - im normalen Tagesablauf? Ja Nein
- im Liegen (z.B. nachts)? Ja Nein
24. Nehmen Sie abschwellendes Nasenspray ? Ja Nein
25. Haben Sie am Morgen einen trockenen Hals oder eine raue Stimme? Ja Nein
26. Haben Sie im letzten Jahr mehr als 5 kg Gewicht... zugenommen abgenommen gleich geblieben
27. Wie lange schnarchen Sie schon? _____
28. Kommt es bei Belastung zu Atemnot? Ja Nein
29. Können Sie 3 Stockwerke steigen, ohne zum Atemholen stehen zu bleiben? Ja Nein
30. Leiden Sie unter Sodbrennen - am Tage? Ja Nein
- in der Nacht? Ja Nein
31. Werden Schnarchen oder Schlafstörungen im Urlaub deutlich besser? Ja Nein
32. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, was und wie viel: _____
33. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, was und wie viel: _____
34. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
35. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
36. Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt:
Bluthochdruck Ja Nein
Lungenerkrankung, z.B. Asthma, chronische Bronchitis Ja Nein
Herzkranzgefäßverengung (KHK) Ja Nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt? Ja Nein
Hatten Sie einen Hirnschlag (Apoplex)? Ja Nein
Sonstiges: _____
37. Bitte notieren Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht: _____ cm und _____ kg.

Ort, Datum

Unterschrift Patient