



Name, Vorname:		Alter:	Tagesdatum:
Halsumfang (cm):	Körpergröße (cm):	Körpergewicht (kg):	männlich: weiblich:

1. Haben Sie manchmal ein kribbelndes Gefühl in Ihren Beinen und den Drang, diese zu bewegen?

Ja Nein

2. Treten Sie im Schlaf unwillkürlich mit Ihren Beinen?

Ja Nein

3. Schnarchen Sie?

Ja Nein Weiß nicht

Falls „Ja“, gehen Sie bitte zu Frage 4, falls „Nein“ oder „Weiß nicht“, gehen Sie bitte zu Frage 8.

4. Ihr Schnarchen ist

leiser als Sprache so laut wie Sprache lauter als Sprache

5. Sie schnarchen

jede oder fast jede Nacht ein paar Nächte pro Woche einmal pro Woche oder weniger

6. Ihr Schnarchen ist

oft unterbrochen durch Pausen manchmal unterbrochen durch Pausen nicht unterbrochen durch Pausen

7. Schnarchen Sie in jeder Körperlage?

Ja Nein Weiß nicht

8. Haben Sie z.Zt. eine(n) Lebensgefährten(-in)?

Ja Nein

Falls „Ja“, gehen Sie bitte zu Frage 9, falls „Nein“, gehen Sie bitte zu Frage 13.

9. Hat Ihr Bettpartner je bemerkt, dass Ihre Atmung während des Schlafes aussetzt?

Ja Nein

10. Hat Ihr Bettpartner je erwähnt, dass Sie schnarchen?		
Ja	Nein	Weiß nicht
11. Ist Ihr Schnarchen so laut, dass es Ihren Bettpartner stört?		
Ja	Nein	
12. Hat irgendjemand, außer Ihrem Bettpartner, je Ihr Schnarchen bemerkt?		
Ja, lautes Schnarchen	Ja, leises Schnarchen	Nein
13. Fühlen Sie sich müde, schlapp, angespannt oder nicht voll leistungsfähig?		
Ja, (fast) jeden Tag	Ja, 3-4 Mal pro Woche	Ja, 1-2 Mal pro Woche
Ja, 1-2 Mal pro Monat	Nein, nie oder fast nie	
14. Wie oft, glauben Sie, ist Ihr Schlaf nicht erfrischend?		
(fast) jeden Tag	3-4 Mal pro Woche	1-2 Mal pro Woche
1-2 Mal pro Monat	nie oder fast nie	
15. Haben Sie manchmal Phasen während des Tages, in denen Sie Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren, sich an Dinge zu erinnern oder wach zu bleiben?		
Ja, (fast) jeden Tag	Ja, 3-4 Mal pro Woche	Ja, 1-2 Mal pro Woche
Ja, 1-2 Mal pro Monat	Nein, nie oder fast nie	
16. Haben Sie einen hohen Blutdruck?		
Ja	Nein	Weiß nicht
Falls „Ja“, sind Sie deswegen in Behandlung?	Ja	Nein
17. Wachen Sie nachts oder morgens häufig mit Kopfschmerzen auf?		
Ja	Nein	
18. Arbeiten Sie in Schichten?		
Ja	Nein	
19. Haben Sie Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen?		
Ja, (fast) jeden Tag	Ja, 3-4 Mal pro Woche	Ja, 1-2 Mal pro Woche
Ja, 1-2 Mal pro Monat	Nein, nie oder fast nie	

20. Wie viele Stunden Schlaf brauchen Sie, um ausgeschlafen zu sein?						
2-4	5	6	7	8	9	mehr als 10
21. Schätzen Sie Ihre mittlere Schlafzeit pro Nacht in der letzten Woche in Stunden:						
2-4	5	6	7	8	9	mehr als 10
22. Schlafen Sie im selben Raum wie Ihr Partner?						
(fast) jeden Tag	3-4 Mal pro Woche			1-2 Mal pro Woche		
1-2 Mal pro Monat	nie oder fast nie					

EPWORTH SLEEPINESS SCALE

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?
Es geht hier um EINNICKEN und EINSCHLAFEN, nicht nur um eine geringe Müdigkeit.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweise in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge nicht kürzlich getan haben, versuchen Sie sich bitte vorzustellen, wie Sie sich in jeder dieser Situation gefühlt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um die zutreffende Zahl für die jeweilige Situation zuzuordnen:

- 0** = nie einnicken oder einschlafen
- 1** = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- 2** = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- 3** = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

SITUATION	EINSCHLAF- WAHRSCHEINLICHKEIT
Beim Lesen im Sitzen	
Beim Fernsehen	
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino oder Besprechung)	
Als Beifahrer in einem Auto für eine Stunde ohne Pause	
Beim Hinlegen am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben	
Bei einem Gespräch im Sitzen	
Im Stuhl nach einem Essen ohne Alkohol	
Im für einige Minuten stehenden Auto im Verkehr	

INSOMNIE SCHWEREGRAD INDEX



Michael Behn
LUNGENFACHARZT

Der Insomnie Schweregrad Index beinhaltet 7 Fragen. Die Antworten auf diese Fragen addieren sich zu einer Gesamtpunktzahl, die uns Aufschluss über Ihre Schlafstörung gibt.

Bitte markieren Sie zu jeder Frage die Punktzahl, die Ihrer Antwort am ehesten entspricht.

Bitte bewerten Sie Ihre Schlafstörung (en) im Verlauf der **letzten 2 Wochen**.

SCHLAFSTÖRUNG	KEINE	LEICHT	MÄßIG	STARK	SEHR STARK
1. Einschlafprobleme	0	1	2	3	4
2. Durchschlafprobleme	0	1	2	3	4
3. Zu frühes Aufwachen	0	1	2	3	4

4. Wie ZUFRIEDEN/ UNZUFRIEDEN sind Sie mit Ihrem derzeitigen Schlafrythmus	SEHR ZUFRIEDEN	ZUFRIEDEN	ÜBER- WIEGEND ZUFRIEDEN	UN- ZUFRIEDEN	SEHR UNZUFRIEDEN
	0	1	2	3	4
5. Wie schätzen Sie die Spürbarkeit der Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität durch Ihre Schlafprobleme?	BISLANG NICHT SPÜRBAR	EHER SELTEN	ETWAS	STARK	SEHR STARK SPÜRBAR
	0	1	2	3	4
6. Wie BEUNRUHIGT/ VERZWEIFELT sind Sie ob der derzeitigen Schlafprobleme?	GAR NICHT	EHER WENIGER	ETWAS	STARK	SEHR STARK VERZWEIFELT
	0	1	2	3	4
7. Wie beurteilen Sie aktuell die Auswirkungen Ihrer derzeitigen Schlaf- probleme auf die Be- wältigung Ihres Alltages (Tagesmüdigkeit, Stim- mung, Anforderungen im Beruf/im häuslichen Leben, Konzentration, Gedächtnis, etc.)?	KEINE AUS- WIRKUNGEN	EHER SELTEN	MANCHMAL	STARKE AUSWIRKUN- GEN	SEHR STARKE AUSWIRKUN- GEN
	0	1	2	3	4