



Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (ESS)

Name, Vorname

Geburtsdatum

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:

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

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzend lesen	① ② ③
Beim Fernsehen	① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③
<i>Bitte nicht ausfüllen</i> Summe:	

Bitte Rückseite beachten!



Herzlich willkommen in unserer Praxis / unserem Schlaflabor

Patient

Herr/Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Arbeitgeber

Krankenkasse

HA/Überweisender Arzt:

Bestehen Vorerkrankungen?

z.B.

Bluthochdruck

☐ Nein

☐ Ja

Diabetes mellitus

☐ Nein

☐ Ja

Z.n. Herzinfarkt

☐ Nein

☐ Ja

Z.n. Schlaganfall

☐ Nein

☐ Ja

Oder andere?:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja

z.B.

Bluthochdruckmedikamente

☐ Ja

Asthmamedikamente

☐ Ja

Zuckermedikamente

☐ Ja

wenn ja, welche:

Bereits durchgeführte HNO-Operationen?

wenn ja, welche:

Schnarchen?

☐ Nein

☐ Ja

Gewicht: _____ kg

Atenaussetzer?

☐ Nein

☐ Ja

Luftnot in der Nacht?

☐ Nein

☐ Ja

Größe: _____ cm