



Prof. Dr. med. Johannes Mathis
1. Schweizer Praxis für Schlafmedizin
johannes.mathis@hin.ch
www.schlafwachmedizin.ch
GLN-Nr. 760100090355
ZSR P581602

Neurozentrum Bern
Schänzlistrasse 45
3013 Bern
T 031 330 60 70
F 031 330 60 74
www.neurozentrum-bern.ch



Tagesschläfrigkeit (Epworth_d)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Geschlecht: Mann / Frau

Datum:

EPWORTH FRAGEBOGEN (nach M. W. Johns, Sleep 14: 540-545, 1991, deutsche Version; Respiration 66: 440 1999)

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl, müde zu sein, sondern auch wirklich einzuschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage am besten zutreffende Zahl.

- 0 = würde nie einschlafen
1 = würde kaum einschlafen
2 = würde möglicherweise einschlafen
3 = würde mit grosser Wahrscheinlichkeit einschlafen

- | | |
|---|---|
| 1. Sitzen und Lesen | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 2. Fernsehen | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 3. Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Theater, Sitzung, Vortrag) | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 4. Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde ohne Halt | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 5. Abiegen um auszuruhen am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 6. Sitzen und mit jemandem Sprechen | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 7. Ruhig sitzen nach Mittagessen ohne Alkohol | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| 8. Im Auto beim Stopp an einer Verkehrsampel während einigen Minuten | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |

Total Punkte

- | | |
|----------------------------------|---|
| Während dem Autofahren am Steuer | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| Während dem Essen | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| Während der Arbeit/Hausarbeit | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |
| Im Stehen | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 |

Sind Sie jemals in einer der obigen 12 Situationen **plötzlich** und **unvorhersehbar** eingeschlafen?

Bitte Nummern auflisten:

1. KAROLINSKA SLEEPINESS SCALE (?) Welche Beschreibung passt am besten zu Ihrem **momentanen Zustand**?

- | | |
|---|--|
| 1 | Ich fühle mich sehr wach und fit |
| 2 | |
| 3 | Wach und rege |
| 4 | |
| 5 | Weder wach noch schläfrig |
| 6 | |
| 7 | Schläfrig aber habe ohne Schwierigkeiten wach zu bleiben |
| 8 | |
| 9 | Sehr schläfrig, kämpfe gegen das Einschlafen |

2. VISUAL ANALOGUE SCALE (0-10 Punkte)

Bitte markieren Sie zwischen 0 und 10 wie Sie sich normalerweise fühlen

0 = keine Spur von Schläfrigkeit oder Müdigkeit, top-fit, 10= extrem schläfrig und müde, schlafe überall und ständig ein

