

## EPWORTH SLEEPINESS SCALE

**Patient:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**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

**Sitzen und Lesen** 00 01 02 03

**Fernsehen** 00 01 02 03

**Sitzen an einem öffentlichen Ort  
(z.B. Theater, Sitzung, Vortrag)** 00 01 02 03

**Als Mitfahrer im Auto während  
einer Stunde ohne Halt** 00 01 02 03

**Abliegen um auszuruhen am Nachmittag  
wenn es die Umstände erlauben** 00 01 02 03

**Sitzen und mit jemandem sprechen** 00 01 02 03

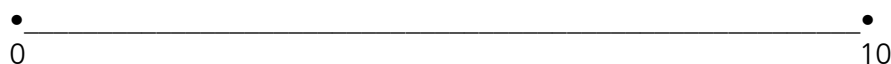
**Ruhig sitzen nach Mittagessen  
ohne Alkohol** 00 01 02 03

**Im Auto beim Stopp an einer Verkehrs-  
ampel während einigen Minuten** 00 01 02 03

### VISUAL ANALOGUE SCALE

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



**Visual Analogue Score** ..... (0-10 Punkte)