



Schlaflabor Telfs

www.schnarchen.cc info@schnarchen.cc +43 5262 6969 6010

Epworth Sleepiness Scale (ESS)

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 tägliche Leben der vergangenen Woche. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätte. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für Sie entsprechende Frage die am Besten zutreffende Zahl.

0 = würde nie einschlafen

1 = würde kaum einschlafen

2 = würde möglicherweise einschlafen

3 = würde mit großer Wahrscheinlichkeit einschlafen

	0	1	2	3
Sitzen und lesen	0	0	0	0
Fernsehen	0	0	0	0
Sitzen an einem öffentlichen Ort (Theater, Sitzung, Vortrag)	0	0	0	0
Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde Fahrt ohne Halt	0	0	0	0
Hinlegen um auszuruhen am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben	0	0	0	0
Sitzen und mit jemandem sprechen	0	0	0	0
Ruhig sitzen nach dem Mittagessen ohne Alkohol	0	0	0	0
Im Auto beim Stopp an einer Verkehrsampel, während einigen Minuten	0	0	0	0

SUMME: _____

Ein Summenwert von **0-7** ist normal.

Bei einem Wert von **über 10** erscheint eine Abklärung der Schläfrigkeit notwendig.

Selbstbeurteilungsbogen für Schlaf- und Aufwachqualität (SSA)

SCHLAFQUALITÄT

	nein	etwas	mäßig	sehr
Haben Sie gut geschlafen?	4	3	2	1
Hatten Sie Einschlafschwierigkeiten?	1	2	3	4
Hatten Sie Durchschlafschwierigkeiten?	1	2	3	4
Haben Sie schlecht geträumt?	1	2	3	4
War bei nächtlichem Erwachen das Wiedereinschlafen erschwert?	1	2	3	4
War Ihr Schlaf tief?	4	3	2	1
Wachen Sie frühzeitig auf?	1	2	3	4

SCORE: _____

AUFWACHQUALITÄT

	nein	etwas	mäßig	sehr
Fühlen Sie sich nach dem Aufstehen benommen?	1	2	3	4
Waren Sie desorientiert?	1	2	3	4
Empfanden Sie Müdigkeit?	1	2	3	4
Waren Sie bei guter Stimmung?	4	3	2	1
Fühlten Sie sich teilnahmsvoll?	4	3	2	1
Fühlten Sie sich verlangsamt?	1	2	3	4
War Ihre Aufmerksamkeit/Konzentration vermindert?	1	2	3	4
Empfangen Sie Ihren Schlaf als erholsam und erfrischend?	4	3	2	1

SCORE: _____

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

	nein	etwas	mäßig	sehr
Empfanden Sie Übelkeit?	1	2	3	4
Hatten Sie Kopfschmerzen?	1	2	3	4
Empfangen Sie Mundtrockenheit?	1	2	3	4
Bemerkten Sie Schwindelgefühle?	1	2	3	4
Waren Ihre Bewegungen unkoordiniert?	1	2	3	4

SCORE: _____

Gesamtscore:

Bei einem Gesamtscore von **20-33** liegt keine Schlaf-/Aufwachqualitätsstörung vor.
Bei einem Gesamtscore von **34-38** liegen leichte Schlaf-/Aufwachqualitätsstörungen vor.
Bei einem Gesamtscore von **39-43** liegen mäßige Schlaf-/Aufwachqualitätsstörungen vor.
Bei einem Gesamtscore **ab 44** liegen starke Schlaf-/Aufwachqualitätsstörungen vor.