



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Coutelle, Godt, Garthe
Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (ESS – Epworth Sleepiness Scale)

Version 1.1

Name _____

Datum _____

Liebe Patienten, 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 einzunicken	Wahrscheinlichkeit			
im Sitzen lesend	0	1	2	3
beim Fernsehen	0	1	2	3
wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	0	1	2	3
als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	0	1	2	3
wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3

Gesamtpunktzahl: _____

0 - 8 Punkte = keine eindeutige Tagesschläfrigkeit
9 - 11 Punkte = leichte Tagesschläfrigkeit (Grenzbereich)
12 - 24 Punkte = eindeutige, schwere Tagesschläfrigkeit

Fragebogen bitte 3 Tage vor dem nächsten Sprechstundentermin abgeben!