



Rauchen Sie?  Nie geraucht  
 Extraucher  
 Raucher

Bei Rauchern/Extrauchern:  
 Was rauch(t)en Sie und wieviel  
 (Päckli/Tag, seit.....)?


Trinken Sie Alkohol?  ja  nein

Wenn ja, was, wieviel,  
 zu welcher Tageszeit?


Trinken Sie Kaffee  
 oder Schwarztee vor  
 dem Schlafen?  ja  nein

Haben Sie häufig  
 Kopfschmerzen?  ja  nein

Wenn ja, zu welcher  
 Tageszeit?

--

Haben Sie nachts  
 oder morgens häufig  
 einen trockenen Mund?  ja  nein

### 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 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

<b>Sitzen und Lesen</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Fernseh schauen</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Theater, Sitzung, Vortrag)</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Als Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde ohne Halt</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Abliegen um auszuruhen am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Sitzen und mit jemandem sprechen</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>Im Auto beim Stop an einer Verkehrsampel während einigen Minuten</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

**ESS Score** (leer lassen)

## Die folgenden Fragen beziehen sich auf die vergangenen 6 Monate

Falls Sie in Tag-Nacht-Schichten oder in wechselnden Schicht-Diensten arbeiten, beziehen sich die Fragen, die nach dem „Tag, tagsüber, Morgen“ fragen auf die Zeit, in der sie nach der längsten Schlafperiode wach bzw. Aktiv sind.  
Beantworten Sie die Fragen, indem sie die zutreffende Nummer („1“ bis „5“) ankreuzen.

<b>Wertung</b>	<b>1=nie (trifft überhaupt nicht zu)</b>
	<b>2=selten (trifft nicht zu)</b>
	<b>3= gelegentlich (bin nicht sicher)</b>
	<b>4=häufig (trifft zu)</b>
	<b>5=immer (trifft ganz genau zu)</b>

Ich habe Schwierigkeiten mit dem Einschlafen	<b>F003</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wache aus dem Nachtschlaf auf	<b>F004</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Zubettgehen drängt sich eine Fülle von Gedanken in meinem Kopf	<b>F006</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Zubettgehen fühle ich mich traurig und niedergedrückt	<b>F007</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einschlafen fühle ich mich plötzlich wie gelähmt, kann mich plötzlich nicht mehr bewegen	<b>F011</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einschlafen habe ich „unruhige“ Beine (ein Gefühl von Kribbeln), Schmerzen und die Unfähigkeit, die Beine ruhig zu halten	<b>F012</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man sagt, dass ich laut schnarche / mit meinem Schnarchen andere störe	<b>F021</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man sagt, dass ich im Schlaf aufhöre zu atmen / meine Atmung aussetzt	<b>F022</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wache plötzlich nach Luft ringend auf, unfähig zu atmen	<b>F023</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Nacht habe ich Herzjagen / einen unregelmässigen Herzschlag	<b>F024</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schwitze sehr in der Nacht	<b>F025</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Schlaf wird durch „unruhige“ Beine beeinträchtigt / gestört (meine Beine kribbeln, schmerzen, und ich muss sie reiben / bewegen)	<b>F031</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Schlaf wird durch Traurigkeit / Niedergeschlagenheit beeinträchtigt	<b>F033</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Alpträume	<b>F038</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nach einem Nickerchen kann ich mich nicht bewegen, bin ich „erstarrt“	<b>F039</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich aufwache, habe ich traumähnliche Bilder (Halluzinationen), obwohl ich weiss, dass ich nicht mehr schlafe	<b>F040</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einmal mehrere Tage nacheinander geschlafen / ich habe mich schon für mehrere Tage nacheinander ausserordentlich müde gefühlt	<b>F042</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte einmal einige Tage nacheinander überhaupt nicht schlafen	<b>F043</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass ich unter Schlaflosigkeit leide	<b>F045</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jetzt bin ich tagsüber sehr müde / habe Schwierigkeiten wach zu bleiben	<b>F055</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In den vergangenen 6 Monaten bin ich in einer der folgenden Situationen eingeschlafen: beim Essen, beim Telefonieren, im Gespräch, während einer Bus- oder Autofahrt, beim Fernsehen, im Theater, beim Lesen eines Buches, in einem Vortrag	<b>F056</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Schulnoten waren schlecht, weil ich immer müde war	<b>F057</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Jetzt habe ich Schwierigkeiten, meine Arbeit zu verrichten, da ich schläfrig oder müde bin	<b>F058</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ich muss jemanden anderen bitten, den Wagen zu lenken, da ich zu schläfrig bin, um es selbst zu tun	<b>F059</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ich sehe intensive, traumähnliche Bilder (Halluzinationen), entweder kurz vor oder kurz nach einem Nickerchen am Tage, obwohl ich in diesen Momenten sicher bin, wach zu sein	<b>F060</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wenn ich morgens aufwache, bin ich wie gelähmt, bin unfähig, mich zu bewegen	<b>F062</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Es kommt vor, dass ich mit meinem Wagen an einen falschen Ort gefahren bin und ich mich nicht erinnern kann, wie ich dorthin gekommen bin	<b>F063</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wenn ich lache, bekomme ich „weiche Knie“	<b>F066</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wenn ich lache, mich ärgere oder andere starke Gefühle habe, bekomme ich eine plötzliche Muskelschwäche, oder sogar eine kurzzeitige Unfähigkeit, mich zu bewegen, bin ich kurzzeitig wie gelähmt („erstarrt“)	<b>F067</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ich habe oder hatte einen zu hohen Blutdruck	<b>F071</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Mein Verlangen / mein Interesse am Geschlechtsverkehr ist geringer als früher	<b>F080</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Mit meiner früheren / aktuellen Liebesbeziehung bin ich unzufrieden	<b>F084</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ich habe schon einmal daran gedacht, mir das Leben zu nehmen und / oder habe einen Selbstmordversuch gemacht	<b>F089</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
In meiner Familie war einmal jemand wegen eines Nervenleidens / eines „Nervenzusammenbruchs“ in einer Klinik	<b>F101</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ich rauche noch 2 Stunden und / oder kurz bevor ich zu Bett gehe	<b>F108</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ich habe beim Einschlafen Schwierigkeiten, durch die Nase zu atmen, habe eine verstopfte Nase beim Einschlafen (Allergien, Infektionen)	<b>F139</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wenn ich auf dem Rücken schlafe, sind mein Schnarchen und / oder meine Schwierigkeiten beim Atmen deutlich schlechter	<b>F141</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Mein Schnarchen / Atemschwierigkeiten sind deutlich schlechter, wenn ich einschlafe, gleich nachdem ich Alkohol getrunken habe	<b>F142</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Was ist die längste Zeit, die Sie nach nächtlichem Erwachen wach sind? 1 = weniger als 5 Minuten, 2 = 6 bis 19 Minuten, 3 = 20 bis 59 Minuten, 4 = 1 bis 2 Stunden, 5 = mehr als 2 Stunden	<b>F154</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wie oft müssen Sie in der Nacht aufstehen, um auf die Toilette zu gehen, um Wasser zu lösen? 1 = nie, 2 = einmal, 3 = 2 mal, 4 = 3 mal, 5 = 4 mal oder mehr	<b>F155</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wieviele Unfälle bei der Arbeit hatten Sie als Folge von Müdigkeit oder Erschöpfung? 1 = keinen, 2 = einen, 3 = 2, 4 = 3, 5 = 4 oder mehr	<b>F156</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Was ist ihr aktuelles Gewicht (in Kilogramm) 1 = 60 oder weniger, 2 = 61 bis 72, 3 = 73 bis 84, 4 = 85 bis 94, 5 = 95 oder mehr	<b>F163</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wieviele Jahre rauchen Sie / wieviele Jahre haben Sie geraucht? 1 = Nichtraucher, 2 = ein Jahr, 3 = 2-12 Jahre, 4 = 23-25 Jahre, 5 = 26 Jahre und länger	<b>F170</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wie alt sind Sie jetzt (in Jahren)? 1 = 25 oder jünger, 2 = 26 bis 35, 3 = 36 bis 44, 4 = 45 bis 50, 5 = 51 oder älter	<b>F173</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Wieviele Nächte schnarchen Sie durchschnittlich pro Woche						

0=nie, 1=weniger als 1mal, 2=1-2mal, 3=2-3mal, 4=5-7mal, 6=weiss nicht     0    1    2    3    4    5    6

Wie laut ist Ihr Schnarchen? 0=nie geschnarcht, 1=wie tiefes atmen, 2=wie murmeln oder sprechen, 3=lauter als Sprechen, 4=extrem laut, durch geschlossene Tür hörbar, 5=weiss nicht

0    1    2    3    4    5    6

Stört Ihr Schnarchen andere? 1 = weiss nicht, 2 = ja, 3 = nein

1    2    3

Wie stark sind Sie durch Ihre Schlafstörung oder deren Folgen im täglichen Leben beeinträchtigt

Wählen Sie eine Zahl von 1-6, wobei 1 = nicht beeinträchtigt, 6 = völlig beeinträchtigt     1    2    3    4    5    6

Wie ist Ihre Fähigkeit, zu Hause oder im Beruf Tätigkeiten zu verrichten? Wählen Sie eine Zahl von 1-6, wobei 1=ausgezeichnet, aufmerksam, konzentriert, 6=dauernd müde, unkonzentriert

1    2    3    4    5    6

Wie beurteilen Sie Ihre Leistungsfähigkeit? Wählen Sie eine Zahl von 1 bis 6, wobei 1 = tafrisch, unternehmungslustig, 6 = todmüde

1    2    3    4    5    6

**Bemerkungen**

**Ausgefüllt am:** .....