

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit / G25 / FEV PK-Nr.:

Name:

geb.:

Vorname:

Datum:

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 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	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie passiv(als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Bitte nicht ausfüllen	Summe:

Bitte lesen Sie sich die nachfolgenden Situationen durch und **kreuzen** Sie Zutreffendes an:

		Ja	Nein	Nicht bekannt
1.	Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x pro Woche) oder berichtet ihr Partner darüber?			
2.	Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet ihr Partner darüber?			
3.	Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein?)			
4.	Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?			
5.	Leiden Sie unter schlafbezogener Atemstörung			Therapie?

.....  
Unterschrift Mitarbeiter

.....  
Unterschrift Arzt/ Untersucher