

Fragebogen Tagesmüdigkeit — FeV & Fahr/Steuer/Überwachung

m / w / d

Nachname _____

Vorname _____

Geb-Datum _____

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

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

Bitte beantworten Sie auch noch die folgenden Fragen:

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

Datum: _____

Unterschrift: _____