

Name Datum / / 2003

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

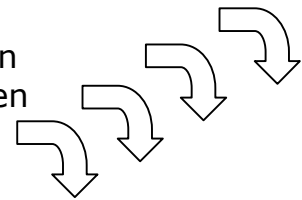
bitte machen Sie sich die Mühe, diesen kurzen Fragebogen vollständig auszufüllen. Er hilft uns bei der Behandlung Ihrer Schlafstörung.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in folgenden Situationen dösen oder einnicken? Die Frage ist nicht, ob Sie sich lediglich müde fühlen.

Die Fragen beziehen sich auf Ihr alltägliches Leben in letzter Zeit. Auch wenn Sie den unten angegebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht nachgegangen sind, versuchen Sie anzugeben, wie es Ihnen in den entsprechenden Situationen wohl ergangen wäre.

Kreuzen Sie das entsprechende Feld an, um anzugeben, wie sehr schläfrig Sie in der jeweiligen Situation wären:

- 3 = Hohe Wahrscheinlichkeit, zu dösen oder einzunicken
- 2 = Mäßige Wahrscheinlichkeit, zu dösen oder einzunicken
- 1 = Geringe Wahrscheinlichkeit, zu dösen oder einzunicken
- 0 = Ich würde auf gar keinen Fall dösen oder einnicken



Beim Sitzen und Lesen	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Beim Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. im Theater oder bei einer Versammlung)	0	1	2	3
Als Mitfahrer bei einer einstündigen Autofahrt ohne Pause	0	1	2	3
Beim Ausruhen am Nachmittag	0	1	2	3
Beim Sitzen während eines Gesprächs	0	1	2	3
Beim ruhigen Sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0	1	2	3
Im Auto, während eines kurzen Stops im Verkehr	0	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!