

Schlafmedizinisches Zentrum, Robert-Koch-Allee 2, 82131 Gauting
Tel.: 089(8 57 91-5301) FAX: 089(8 57 91-5306)

Datum: _____

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Wohnort:	Straße:
Tel.:	
Beruf:	Schichtdienst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körpergröße: cm	Gewicht: kg

Krankenkasse: _____

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden acht Situationen **einnicken oder einschlafen**, sich also **nicht nur müde** fühlen? Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten.

Benutzen Sie die folgende Skala von 0 bis 3, um **die am besten passende Zahl** für jede Situation auszuwählen.

- 0** = würde niemals einnicken
1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

im Sitzen lesen	0	1	2	3
beim Fernsehen	0	1	2	3
ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Kino, Theater, Versammlung)	0	1	2	3
als Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben	0	1	2	3
mit jemanden zusammensitzen und sich unterhalten	0	1	2	3
ruhiges Sitzen nach dem Mittagessen ohne Alkohol	0	1	2	3
als Fahrer in einem Auto, während man für einige Minuten im Verkehr anhält	0	1	2	3

Anlagen:

- Rohdatenausdruck der Polygraphie
 Laborwerte (TSH)
 HNO - Befund

 Arztstempel