

## Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Die folgenden Fragen beziehen 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 Situation auf Sie ausgewirkt hätte. 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**

<b>Situation</b>	<b>Wahrscheinlichkeit einzunicken</b>
im Sitzen lesend	(0) (1) (2) (3)
beim Fernsehen	(0) (1) (2) (3)
wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder im Vortrag)	(0) (1) (2) (3)
als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	(0) (1) (2) (3)
wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um auszuruhen	(0) (1) (2) (3)
wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	(0) (1) (2) (3)
wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	(0) (1) (2) (3)
wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	(0) (1) (2) (3)
<b>Bitte nicht ausfüllen!</b>	<i>Summe:</i>

## Quality of Life (QoL)

Bitte beachten Sie, dass manche der folgenden Fragen sich auf Ihren jetzigen Zustand beziehen. Bitte machen Sie einen senkrechten Strich in der Skala, was Ihrer jeweiligen Beurteilung oder ihrem Zustand entspricht.

	Wie müde fühlen Sie sich gerade?	
sehr müde	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr wach
	Wie stufen Sie Ihr Konzentrationsvermögen jetzt gerade ein?	
Sehr abgelenkt	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr konzentriert
	Wie war Ihre Stimmung in den letzten drei Tagen?	
Sehr traurig	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr frohen Mutes
	Die täglichen Verrichtungen des Alltags (Anziehen, Zähneputzen, Einkaufen, Arbeiten) fallen mir:	
Sehr schwer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr leicht
	Wie hoch schätzen Sie Ihre Freude am Leben zur Zeit ein?	
Sehr niedrig	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr hoch
	Wie wach fühlen Sie sich gerade?	
Sehr müde	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr wach
	Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?	
nicht zufrieden	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	sehr zufrieden