

● **Schlaf-Apnoe-Syndrom** (Epworth)

1. Wie fühlen Sie sich jetzt gerade?

- sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

2. Schnarchen Sie?

- ja nein
 sehr laut laut leise
 immer oft manchmal

3. Sind bei Ihnen Atemaussetzer im Schlaf bemerkt worden?

- ja ich schlafe allein nein

4. Wachen Sie manchmal in der Nacht mit kurzem Erstickungsgefühl auf?

- ja manchmal nein

5. Müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen?

- nein ca.mal pro Nacht gelegentlich

6. Sind Sie tagsüber müde?

- sehr stark mittel wenig nein

7. Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten, z. B. beim Lesen?

- sehr stark mittel wenig nein

8. Wie lange können Sie Autofahren, ohne müde zu werden?

- ½ Stunde 1 Stunde 2 Stunden mehr als 3 Stunden

9. Haben Sie wegen Müdigkeit schon einen Verkehrsunfall gehabt?

- mehrfach einmal noch nie

10. Wie fühlen Sie sich morgens beim Aufstehen?

- kaputt, wie gerädert etwas müde wach

11. Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

am Morgen _____ nein

12. Schwitzen Sie in der Nacht?

besonders im Halsbereich kaum _____

13. Wie häufig wachen Sie in der Nacht auf?

fast nie ca. _____ mal pro Nacht

14. Trinken Sie am Abend regelmäßig Alkohol?

fast nie ca. _____

15. Rauchen Sie?

ja, ca. _____ Zigaretten am Tag seit _____ Jahre nein

16. Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zugenommen?

nein um _____ kg in den letzten _____ Monaten

17. Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?

seit _____ Jahren, letzter Messwert _____ / _____ mmHg nein
zurzeit behandelt mit _____

18. Nehmen Sie weitere Medikamente? Wenn ja, wie häufig?

_____ am Tag nein
_____ am Tag

19. Haben Sie schon mal etwas am Herzen gehabt?

Herzinfarkt, wann _____ Herzrhythmusstörungen nein

20. Sind bei Ihnen Operationen an der Nase oder im Rachenraum bekannt?

ja, Art der Operation _____ nein

21. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck Verengung der Herzkranzgefäße
 Herzinfarkt Schlaganfall

22. Haben Sie weitere Probleme oder Beschwerden?

23. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie während der folgenden Tätigkeiten einschlafen oder einnicken? Hiermit ist gemeint, dass Sie sich nicht nur müde und erschöpft fühlen.

Die Angaben beziehen sich auf die letzten zurückliegenden Tage. Selbst wenn Sie diese Tätigkeiten in der letzten Zeit nicht durchgeführt haben, überlegen Sie sich bitte, wie sie sich bei Ihnen ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie folgende Einteilung, indem Sie die am besten passende Zahl ankreuzen:

- 0 – würde nie dabei einnicken oder einschlafen
- 1 – geringe Wahrscheinlichkeit, dabei einzunicken
- 2 – mittelmäßige Wahrscheinlichkeit, dabei einzunicken
- 3 – hohe Wahrscheinlichkeit, dabei einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit			
Sitzen oder Lesen	0	1	2	3
Fernsehen	0	1	2	3
Ruhiges Sitzen in der Öffentlichkeit (z. B. Theater)	0	1	2	3
1 Stunde Mitfahrt im Auto ohne Pausen	0	1	2	3
Sitzen und dabei mit jemanden sprechen	0	1	2	3
Ruhiges Sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0	1	2	3
Im Auto bei einem mehrminütigen Halt im Verkehr	0	1	2	3

Auswertung

Schläfrigkeits-Score:

● Schlafstörungen

Test der Tagesmüdigkeit nach Epworth!?

Bei diesem Test geht es darum, herauszufinden, wie stark Sie unter der Tagesmüdigkeit leiden. Ihre Angaben beziehen sich auf die letzten Tage. Auch wenn Sie die unten angegebenen Tätigkeiten nicht durchgeführt haben, antworten Sie bitte, wie hoch die Wahrscheinlichkeit gewesen wäre, einzunicken.

Tätigkeit	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	0	1	2	3
Sitzen oder Lesen	0	1	2	3
Fernsehen	0	1	2	3
Ruhiges Sitzen in der Öffentlichkeit	0	1	2	3
1 Stunde Mitfahrt im Auto ohne Pausen	0	1	2	3
Sitzen und dabei mit jemanden ruhig sprechen	0	1	2	3
Ruhiges Sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0	1	2	3
Im Auto bei einem mehrminütigen Halt im Verkehr	0	1	2	3
Liegen am Nachmittag um auszuruhen	0	1	2	3

Auswertung

Erreichen Sie 10 Punkte oder mehr?

Bitte bei einem Schlafmediziner nachfragen!