

Name:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Schläfrigkeits-Fragebogen¹

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl müde zu sein, sondern das wirkliche Einschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage am besten zutreffende Zahl:

0 = würde *niemals* einnicken1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

	0	1	2	3
Beim Sitzen oder Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor dem Fernseher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Kino oder Theater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen mittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sitzen nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Auto vor dem Rotlicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamte Punktzahl =

(auffällig bei ≥ 11)

STOP-BANG Fragebogen^{2,3}

Schnarchen	Schnarchen Sie laut (lauter als Sprechen oder hörbar durch eine geschlossene Tür?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Müdigkeit	Fühlen Sie sich häufig müde oder schläfrig tagsüber?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beobachtung	Hat jemand schon beobachtet, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutdruck	Werden Sie oder wurden Sie wegen hohem Blutdruck behandelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
BMI	Höher als 35 kg/m ³ ? BMI:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Alter	Älter als 50 Jahre?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Halsumfang	Größer als 40 cm (bei Frauen), 43 cm (bei Männern)? <small>Halsumfang in cm</small>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geschlecht	Männlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
		SUMMEN Ja	

1. Johns MW: A new method of measuring daytime sleepiness: Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991

2. Farney RJ et al.: The Stop-Bang equivalent Model and Prediction of Severity of OSA. J Clin Sleep Med 2011

3. Chung F et al.: STOP Questionnaire. Anesthesiology 2008.

Weniger als 3 Fragen mit ja beantwortet = geringes Risiko für OSAS; Punktzahl >3 = erhöhtes Risiko für OSAS – www.dr-kares.de