

Name/Vorname:

Alter:

Datum:

## Schläfrigkeits-Fragebogen<sup>1</sup>

### 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* einnicken

1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

	0	1	2	3
Beim Sitzen oder Lesen				
Vor dem Fernseher				
Im Kino oder Theater				
Als Beifahrer im Auto				
Beim Hinlegen mittags				
Im Gespräch				
Im Sitzen nach dem Essen				
Im Auto vor dem Rotlicht				

Gesamte Punktzahl =

(auffällig bei  $\geq 11$ )

## STOP-BANG Fragebogen<sup>2,3</sup>

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

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