

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*
Name: <input type="text"/> geo. am							
Kassen-Nr.		versicherungs-Nr.			Stunde		
Vollraster-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Feld für Arztstempel/Datum

Epworth Sleepiness-Scale

Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in den folgenden Situationen ein?
Bitte kreuzen Sie an mit welcher Wahrscheinlichkeit Sie einschlafen werden.

- 0 schlafe nie ein
- 1 eine geringe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen
- 2 eine mittlere Wahrscheinlichkeit einzuschlafen
- 3 eine hohe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen

Beim Sitzen und Lesen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Beim Fernsehen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Bei inaktivem Sitzen an einem öffentlichen Ort	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Beim Reisen während einer einstündigen Autofahrt ohne Pause	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Beim Ausruhen am Nachmittag	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Sitzend während eines Gesprächs	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Beim ruhigen Sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Beim Autofahren, während eines kurzen Stops im Verkehr	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Quality of Life-Fragebogen (QoL)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient:

Bitte beachten Sie, daß manche der folgenden Fragen sich auf Ihren jetzigen Zustand beziehen. Bitte machen Sie einen Strich auf der Skala, der Ihrer jeweiligen Beurteilung oder Ihrem Zustand entspricht, wie in dem folgenden Wetterbeispiel.

	Beispiel: Das Wetter war gestern:		sehr gut
sehr schlecht		/	
Wie müde fühlen Sie sich gerade?			
sehr müde			sehr wach
Wie stufen Sie Ihr Konzentrationsvermögen jetzt gerade ein?			
sehr abgelenkt			sehr konzentriert
Wie war Ihre Stimmung in den letzten drei Tagen?			
sehr traurig			sehr frohen Mutes
Die täglichen Verrichtungen des Alltags (Anziehen, Zähneputzen, Einkaufen, zur Arbeit gehen) fallen mir:			
sehr schwer			sehr leicht
Wie hoch schätzen Sie Ihre Freude am Leben zur Zeit ein?			
sehr niedrig			sehr hoch
Wie wach fühlen Sie sich jetzt gerade ?			
sehr müde			sehr wach
Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?			
überhaupt nicht zufrieden			sehr zufrieden