

Fragebogen für Schweregrad von Schlafstörungen

Name, Vorname _____

Patienten-Nr. _____

1. Bitte geben Sie an, wie schwer Sie die Schlafstörung in den letzten beiden Wochen einschätzen.

	gar nicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer
a. Einschlafstörungen	0	1	2	3	4
b. Durchschlafstörungen	0	1	2	3	4
c. Früherwachen	0	1	2	3	4

2. Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Schlaf?

sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	sehr unzufrieden
0	1	2	3	4

3. Wie stark wirkt sich die Schlafstörung auf Ihre Leistungsfähigkeit tagsüber aus?

überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

4. Wie stark glauben Sie, nehmen andere die Auswirkung der Schlafstörung auf Ihre Lebensqualität wahr.

überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

5. Wie besorgt sind Sie hinsichtlich der momentanen Schlafstörung?

überhaupt nicht	ein wenig	mässig	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Bitte zählen Sie die Punkte zusammen. Danke _____

Datum _____