



**1.2.1 Anamnese**

- ESS

Name: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in 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 bei 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 Gespräches	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 Stopps im Verkehr	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>