

**Tierisch
müde?**



Selbsttest zur Beurteilung der Schläfrigkeit

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der umseitig genannten Situationen einnicken oder einschlafen würden, – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Punktebewertung, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und **kreuzen Sie die entsprechende Zahl im Test auf der Rückseite an:**

Bitte bewerten Sie wie folgt:

Würde niemals einnicken..... **0 Punkte**

Geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken... **1 Punkt**

Mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken... **2 Punkte**

Hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken..... **3 Punkte**

In welcher Situation nicken Sie ein?

Punkte

| | niemals | geringe Wahr- scheinlichkeit | mittlere Wahr- scheinlichkeit | hohe Wahr- scheinlichkeit |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 1. Im Sitzen lesend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Beim Fernsehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Summe | _____ | | | |

Wenn Sie mehr als 10 Punkte erreicht haben, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt.