

1. Sind Sie tagsüber oft schläfrig?	Nie=0	Selten=1	Oft=2	Sehr oft=3
2. Nicken Sie tagsüber spontan ein?				
3. Haben Sie Schwierigkeiten, lange konzentriert zu bleiben?				
4. Fühlen Sie sich in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt?				
5. Schnarchen Sie laut oder behaupten dies andere von Ihnen?				
6. Wurden im Schlaf Atemstillstände beobachtet?				
7. Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?				
8. Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde?				
9. Schlafen Sie in folgenden Situationen zwanghaft ein? beim Fernsehen beim Lesen am Arbeitsplatz beim Gespräch mit anderen beim Autofahren				
10. Schlafen Sie abends schlecht ein?				
11. Kommt es vor, dass Sie nachts aufwachen?				

12. Wachen Sie früher als gewöhnlich auf ohne wieder einzuschlafen, oder ist die Wiedereinschlafzeit verlängert?				
13. Schlafen Sie unruhig bzw. ist Ihr Bett morgens zerwühlt?				