

**Fragebogen zum
Insomnie Schweregrad Index (ISI)**

Name: _____
 geboren: _____
 Telefon: _____
 Hausarzt: _____
 Datum: _____

Vorname: _____
 E-Mail: _____

Bitte schätzen Sie ein, inwiefern Ihr Schlaf in den letzten beiden Wochen beeinträchtigt wurde durch:

<u>Schlafstörungen</u>	<u>Grad der Beeinträchtigung</u>				
	gar nicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer
- Einschlafstörungen	0	1	2	3	4
- Durchschlafstörungen	0	1	2	3	4
- Früherwachen	0	1	2	3	4

Bitte schätzen Sie ein, wie zufrieden / unzufrieden Sie gegenwärtig mit Ihrem Schlaf sind:

	<u>Grad der Unzufriedenheit</u>				
	sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	sehr unzufrieden
- Zufriedenheit mit dem Schlaf	0	1	2	3	4

Bitte schätzen Sie ein, wie stark andere Personen die Auswirkungen Ihres (schlechten) Schlafes auf Ihre Lebensqualität wahrnehmen:

	<u>Grad der Wahrnehmung</u>				
	gar nicht	ein wenig	mäßig	stark	sehr stark
- Fremdwahrnehmung	0	1	2	3	4

Bitte schätzen Sie ein, wie sehr Ihnen Ihr (schlechter) Schlaf zurzeit Sorgen macht:

	<u>Grad der Besorgnis</u>				
	gar nicht	ein wenig	mäßig	stark	sehr stark
- Sorgen über den Schlaf	0	1	2	3	4

Bitte schätzen Sie ein, wie stark Ihre Leistungsfähigkeit (z.B. Konzentration, Gedächtnis) und Ihr Wohlbefinden (z.B. Müdigkeit, Stimmung) tagsüber durch Ihren (schlechten) Schlaf beeinträchtigt ist:

	<u>Grad der Beeinträchtigung</u>				
	gar nicht	ein wenig	mäßig	stark	sehr stark
- Leistungsfähigkeit & Wohlbefinden	0	1	2	3	4

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Ihr Praxis- und Schlaflabor team