



Fragebogen Eignungsuntersuchung

Bitte Vorderseite und Rückseite ausfüllen und unterschreiben

Frage	JA	NEIN
Haben Sie:		
Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, sowie Anfallsleiden jeglicher Ursache		
unbehandelte schlafbezogene Atemstörungen (Schlaf-Apnoe)		
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit erheblichen Schwankungen der Blutzucker-Werte insbesondere mit Neigung zum Unterzucker (Hypoglykämie)		
Chronischer Alkoholmissbrauch oder Drogenabhängigkeit oder andere Suchtformen		
Dauerbehandlung mit Medikamenten, die die Fahrtüchtigkeit einschränken		
Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufs mit erheblichen. Einschränkung der Leistungs- oder Regulationsfähigkeit, Blutdruckveränderungen stärkeren Grades		
Erhebliche Einschränkungen der Beweglichkeit, Verlust oder Herabsetzung der groben Kraft eines für die Durchführung der Tätigkeit wichtigen Gliedes (z.B. Arme, Beine, Hände, etc.)		
Erkrankungen oder Schäden des Nervensystems mit wesentlichen Funktionsstörungen (organische Krankheiten des Gehirns oder Rückenmarks und deren Folgezustände, funktionelle Störungen nach Schädel- oder Hirnverletzungen, Hirndurchblutungsstörungen)		
Gemüts- oder Geisteskrankheiten (Depressionen, Psychosen etc.)		
Erkrankungen, Beschwerden oder Operationen an den Augen		
Erkrankungen, Beschwerden oder Operationen an den Ohren		
Schnarchen Sie oft (jede Nacht oder mehr als 3x in der Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?		
Setzt Ihr Atem manchmal nachts aus oder berichtet Ihr Partner darüber?		
Sind Sie manchmal tagsüber sehr müde (Schlafen Sie ohne es zu wollen ein)?		
Sind Sie schon einmal während der Arbeit für einige Sekunden eingeschlafen?		

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (ESS)

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden 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 Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

0 = würde *niemals* einnicken

1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	0	1	2	3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>				
Summe				

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____