Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Ernährungsmedizin
Schwerpunktpraxis für ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

49545 Tecklenburg, Ostlandweg 4
Tel.: 05481/93990
E-Mail: info@praxis-leeden.de
www.adipositaszentrum.praxis-leeden.de

Name:

Telefonnummer:

PATIENTENINFORMATION

zur Vorbereitung auf die

Erstvorstellung in der Adipositassprechstunde

Inhalt dieses Erfassungsbogens

1. Info-Bogen
2. Angaben zur Person
3. Datenschutzvereinbarung
4. Motivationsfragebogen
5. Allgemeine und Familien-Vorgeschichte
6. Gewichtsvorgeschichte
7. Fragen zum Lebensstil
8. Fragen zum Essverhalten
9. Fragebogen zur Lebensqualität
10. Tagesprotokoll – ggf. APP-Nutzung
11. Bewegungsprotokoll
12. Ernährungsprotokoll
13. Fragebogen zum Schnarchen und zur Tagesmüdigkeit

Zum Ausfüllen am Bildschirm bitte Microsoft Edge verwenden!
Datei per Rechtsklick und „Öffnen mit“ in Microsoft Edge öffnen.

Patienteninformation

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Sie möchten sich in meiner Sprechstunde zur Übergewichtsbehandlung vorstellen.

Als Ernährungsmedizinerin bin ich daran interessiert, Ihnen auf dem Weg zu einer dauerhaft gesünderen Lebensweise zu helfen. Bei der modernen Adipositasbehandlung geht es um die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität und nicht nur um eine reine Gewichtsreduktion.

Um gezielt beraten zu können, benötige ich vorab einige Informationen von Ihnen. Daher möchte ich Sie bitten, die beigefügten Fragebögen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und unbedingt vor der Erstvorstellung zurückzuschicken. Sie können sich ihn ausdrucken und ihn dann in aller Ruhe ausfüllen oder aber die pdf-Datei befüllen. Diese recht umfangreichen Infos erleichtern mir unser Erstgespräch, für das ich entsprechend vorbereitet sein möchte.

Bitte beachten Sie: Ohne diese Unterlagen ist eine Vorstellung nicht zielbringend und wird daher von uns nicht durchgeführt! Unvollständig ausgefüllte Fragebögen werden nicht bearbeitet!!

Essprotokolle

WICHTIG: Der lange Fragebogen beinhaltet zwei verschiedene Formen von Essprotokollen.

Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt – der Versuch, sich abends an das Gegessene und Getrunkene vollständig zu erinnern, wird scheitern. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende in die Strichliste. Das Formular „Meine Tagesübersicht" liegt Ihnen für jeden der 7 Tage bei.

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Alternativ zur Strichliste können Sie zum Führen Ihres Ernährungsprotokolls verschiedene APPs nutzen, über die Sie im Vorfeld die Analyse laufen lassen können (z. B. FDDB, kalorien.de, Yazio, myfitnessPal). Die Auswertung legen Sie Ihren Unterlagen bitte bei. Dabei achten Sie bitte darauf, dass Sie die gesamte Analyse und nicht nur die reine Kalorienzufuhr ausdrucken.

Sollten bei Ihnen in den letzten 6 Monaten Labor- oder EKG-Untersuchungen vorgenommen worden sein, so besorgen Sie bitte vorab eine Befundkopie bei Ihrem Hausarzt.

Ablauf

Nach Eingang der ausgefüllten Fragebögen in meiner Praxis vereinbart mein Team mit Ihnen telefonisch einen Termin zur Erstvorstellung innerhalb der kommenden Wochen. Bitte notieren Sie daher eine Telefonnummer, unter der Sie gut erreichbar sind.

Der erste Sprechstundentermin dient der Einschätzung, Einleitung und Steuerung der sich anschließenden Adipositas-Therapie. Auch bei Wunsch nach chirurgischer Therapie ist zunächst eine Vorstellung in dieser Sprechstunde notwendig.

Die Therapie der Adipositas

Die wissenschaftlich fundierte Therapie der Adipositas besteht aus mehreren Säulen:

- **Basistherapie:** Ernährungstherapie, Bewegungstherapie
- Im Einzelfall Vermittlung zur verhaltenspsychologischen Unterstützung und ggfs. medikamentöse Therapie sowie
- ab BMI >35 kg/m² + Begleiterkrankungen bzw. ab BMI >40 kg/m² ggfs. chirurgische Therapie (gemäß EOSS)

Eine Umstellung der Ernährung und die Steigerung der Bewegung stellen die Basis jeder Übergewichtsbehandlung dar und sind zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Behandlung bei jedem Patienten erforderlich. Auch der langfristige Erfolg der chirurgischen Therapie hängt von der Vermeidung einer Mangelernährung und der Verhinderung eines zu hohen Muskelverlustes ab.

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen unterstützen in unterschiedlicher Art und Weise Therapiekonzepte zur Ernährung/Bewegung nach dem §43 SGB V und die Verordnung von REHA-Sport. Die Höhe der anteiligen Kostenübernahme ist jedoch sehr verschieden.

Angebotene Maßnahmen in meiner Schwerpunktpraxis

- Ausführliches Anamnesegespräch über Ihre aktuellen Probleme in Bezug auf die Ernährung und Ihre Vorgeschichte anhand der vorab zugesendeten Unterlagen
- Ermittlung der biometrischen Daten und ggfs. Risikofaktoren (Labor/EKG)
- Bestimmung der Körperzusammensetzung anhand BIA-Messung (gehört zu jeder Untersuchung, Kosten 30 €) – zur Sicherung eines hohen Behandlungsstandards m.A.n. zwingend erforderlich
- Analyse Ihres aktuellen Essverhaltens anhand von Essprotokoll und Tagesplänen durch unsere Diätassistentin*
- Erstellung eines Therapieplanes im ernährungstherapeutischen Team
- Verordnung von Ernährungstherapie zur fundierten Ernährungsberatung als Einzelberatung*
- Beratung zur medikamentösen Adipositasbehandlung (sog. „Abnehmspritze“) – kostenpflichtig
- Indikationsstellung und ggf. Gutachtenerstellung für Menschen, bei denen eine operative Adipositasbehandlung medizinisch sinnvoll ist – kostenpflichtig

Zu *: Bei entsprechender Indikationsstellung erhalten Sie eine ärztliche Verordnung für Ernährungstherapie sowie einen Kostenvoranschlag, den Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen müssen, um dort eine anteilige Kostenerstattung zu beantragen.

Was ich Ihnen sicherlich nicht bieten kann, ist eine kurzfristige Lösung Ihres oft jahrzehntelangen Leidensweges. Nur eine lebenslängliche Veränderung Ihres Ess- und Bewegungsverhaltens kann eine dauerhafte Gewichtsreduktion bewirken. Dies gilt auch für Menschen, bei denen aus medizinischen Gründen zusätzlich eine medikamentöse oder operative Adipositasbehandlung angestrebt wird.

Und: Nur Sie alleine können dies schaffen – unser Team kann Ihnen durch sinnvolle und professionelle Behandlungsverfahren Unterstützung geben und Sie dadurch ein Stück auf Ihrem harten und steinigen Weg begleiten.

Ich freue mich auf unser Kennenlernen im Erstgespräch!

Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann

PS: Bitte beachten Sie, dass einzelne Leistungen kostenpflichtig sein können.

Angaben zur Person

Datum

Name

Geburtsdatum

Körpergröße cm Aktuelles Gewicht kg

Wohnort (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Handy-Nummer

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Hausarzt (mit Adresse + Telefonnummer)

Mitbehandelnde Ärzte (mit Adresse + Telefonnummer)

Waren Sie schon einmal in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung? ◯ ja ◯ nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung? ◯ ja ◯ nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

Datenschutzvereinbarung

Einverständniserklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1 b SGB V

Ich

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wohnort, Datum:

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters:

Motivationsfragebogen

Screening-Fragen zu Ihrer persönlichen Motivation – nach Dr. Dietlinde Nord-Rüdiger

Welche Aussage beschreibt Ihre Einstellung zur Gewichtsabnahme am besten?

- ◯ Ich sehe keinen Anlass, mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.
- ◯ Ich habe vor in nächster Zeit mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.
- ◯ Ich habe in den letzten sechs Monaten ab und an einige Änderungen ausprobiert.
- ◯ Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.

Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Gewichtsabnahme ausgedrückt in Prozentzahlen?

- ◯ unter 50 % = (weniger wichtig)
- ◯ 40 – 60 % = (mittel wichtig)
- ◯ 50 – 70 % = (sehr wichtig)

Warum möchten Sie abnehmen?

- ◯ Weil mein Arzt/Familie/Freund/Chef/Partner mich darauf anspricht.
- ◯ Weil mir immer bewusster wird, dass es so nicht mehr weitergeht.

Was sind Sie bereit dafür zu tun?

- ◯ Am liebsten würde ich abnehmen ohne meine Lebensgewohnheiten groß umstellen zu müssen
- ◯ Ich bin bereit meine Lebensgewohnheiten zu ändern, auch wenn es mir nicht leicht fällt

Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Bereitschaft ein, dauerhaft Ihre Lebensgewohnheiten umzustellen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

0 = überhaupt nicht bereit 10 = völlig bereit

Ich „wünsche“ mir folgende Behandlungsmethode:

◯ konservative Adipositastherapie ◯ operative Adipositastherapie ◯ weiß ich nicht

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

KRANKHEIT	JA, SEIT WANN?	NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfettwerte			
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht			
Diabetes/Zuckerkrankheit			
Herzgefäßerkrankung			
Herzinfarkt			
Herzschwäche			
Schlaganfall			
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung			
Schlaf-Schnarch-Krankheit			
Verengung der Halsgefäße			
Verengung der Beingefäße			
Schilddrüsenerkrankung			
Hormonstörungen			
Nierenerkrankungen/Nierensteine			
Gallensteine (oder OP)			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung, -zirrhose			
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen			
Rheuma/rheumatische Erkrankungen			
Autoimmunerkrankungen			
Krebserkrankungen (welche):			
Aufstoßen			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut			
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür			
WEITERE:			

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ	Wann?

Schlaf und Atmung

Schnarchen Sie?*	◯ ja	◯ nein
Wenn ja: Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z. B. im Schlaflabor?	◯ ja	◯ nein
Tragen Sie eine Schlafmaske?	◯ ja	◯ nein
Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden?	◯ ja	◯ nein
Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht?	◯ ja	◯ nein
Sind Sie tagsüber extrem müde?	◯ ja	◯ nein
Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen	◯ ja	◯ nein
Beschwerden beim Stuhlgang	◯ ja	◯ nein

Nächtliches Wasserlassen? _____ mal/Nacht

Zu *: Bitte beachten Sie unbedingt den gesonderten Fragebogen zu Schnarchen und Tagesmüdigkeit auf den letzten Seiten!

Nur für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung? _____

Wann war die letzte Regelblutung? _____

Wechseljahre in welchem Alter? _____

Hormonersatztherapie? _____

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)? ◯ ja ◯ nein ◯ weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen:

Verhütungsmaßnahmen:

☐ Pille ☐ Spirale ☐ Kondom ☐ Sterilisation

Andere: _____

Geburten: _____

Nur für Männer

Haben Sie eine Erektionsstörung?	◯ ja	◯ nein	◯ weiß ich nicht
Haben Sie eine Prostatavergrößerung?	◯ ja	◯ nein	◯ weiß ich nicht

Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?

NAME	STÄRKE / DOSIERUNG	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT	WOFÜR / SEIT WANN?

Fragen zur Familiengeschichte

Bitte ein Kreuz machen für Ja.

ERKRANKUNGEN	MUTTER	VATER	KINDER – Anzahl –	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	PARTNER
Übergewicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verengung anderer Gefäße/Amputation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Altersdemenz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bösartige Erkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alter bei Tod / Ursache						

Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe _____ cm

derzeitiges Gewicht _____ kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

das war vor ○ < 1 Jahr ○ 2 - 4 Jahren ○ > 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

das war vor ○ < 1 Jahr ○ 2 - 4 Jahren ○ > 5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: _____ kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei: _____ kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche: _____ kg

In einem Jahr möchte ich wiegen: _____ kg

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

☐ Wiegen _____ mal/Tag ☐ _____ mal/Woche ☐ _____ mal/Monat

☐ eigene Messung des Bauchumfangs

☐ Änderung der Kleidergröße ☐ Änderung der Gürtellänge

Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach den Schwangerschaften.

Wie häufig haben Sie bereits Versuche zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

- ◯ Noch nie
- ◯ 1 - 5 mal
- ◯ 6 - 9 mal
- ◯ mind. 10 mal
- ◯ regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- ◯ halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?

MASSNAHME	WANN? Jahresangabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS-VERLUST in kg	WIEDER-ZUNAHME in kg	NACH WELCHEM ZEITRAUM?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/Mobilis/DOC Weight					
Mit Unterstützung Ihres Arztes: Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Medikamentöse Adipositastherapie (sog. Abnehmspritze oder andere)					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu *: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

Warum möchten Sie abnehmen?

-
-
-
-
-

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern?

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer?

davon beruflich bedingt:

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport?

Welchen Sport?

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ○ ja ○ nein

Wenn ja welche?

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ○ ja ○ nein

Schämen Sie sich beim Sport z. B. Schwimmen? ○ ja ○ nein

Rauchen

○ Raucher ○ Nicht-Raucher ○ Ex-Raucher

Raucher seit Zigaretten/Tag

Ex-Raucher seit

geraucht über Jahre Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z. B. Fast Food Restaurants?

○ immer ○ häufig ○ selten ○ nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

☐ Bier ☐ Wein/Sekt ☐ Spirituosen ☐ Cocktails/Alcopops

☐ mal/Woche ☐ mal/Monat

Aus welchen Gründen?

☐ aus Gründen des Genusses

☐ aufgrund einer Alltagsgewohnheit

☐ um abzuspannen

☐ um von Problemen abgelenkt zu werden

☐ um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

Familienstand:

○ verheiratet/in Partnerschaft ○ geschieden

○ verwitwet ○ Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen?

◯ alleine ◯ in häuslicher Gemeinschaft

Wie viele Kinder haben Sie? Alter:

Schulabschluss:

◯ Hauptschule ◯ Gesamtschule ◯ Realschule ◯ Gymnasium ◯ Studium

Gelernter Beruf?

Jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? ◯ ja ◯ nein

Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ◯ ja ◯ nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie?

- ☐ schnell
- ☐ langsam
- ☐ bewusst
- ☐ Zeitung lesend
- ☐ beim Fernsehen
- ☐ unregelmäßig

Wo essen Sie?

- ☐ im Wohnzimmer
- ☐ in der Küche
- ☐ bei der Arbeit
- ☐ unterwegs
- ☐ Andere Orte:

Andere Orte:

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt?

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (Uhrzeit)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ◯ ja ◯ nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie
Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie
Essen Sie Fast Food?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie
Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?	◯ immer	◯ häufig	◯ selten	◯ nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ◯ ja ◯ nein

Bekommen Sie Ess-/Heißhungerattacken? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, wie oft und wann?

Was trinken Sie?

- ☐ Mineralwasser
- ☐ Cola, Fanta etc.
- ☐ Fruchtsäfte
- ☐ Kaffee
- ☐ Tee
- ☐ anderes, was?

anderes, was?

Fragebogen zur Lebensqualität

Quality of Life for Obesity Surgery (QOLOS) Questionnaire (Astrid Müller, Martina de Zwaan et al. OBES SURG (2018) 28:451–463 – DOI 10.1007/s11695-017-2864-6)

Nachfolgend sind einige Aussagen aufgeführt, die sich auf Ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität vor bzw. nach Adipositaschirurgie beziehen. Bitte lesen Sie alle Aussagen aufmerksam durch und wählen Sie aus den fünf Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die bezogen auf die letzten 4 Wochen für Sie am zutreffendsten ist.

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
		1	2	3	4	5
1	Ich bin fast ständig am Essen von kleinen Snacks.	○	○	○	○	○
2	Ich habe ständig Angst, nicht satt zu werden.	○	○	○	○	○
3	Es ist mir unangenehm, meinen Körper zu zeigen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin mit meinem Aussehen unzufrieden.	○	○	○	○	○
5	Ich lehne meinen Körper ab.	○	○	○	○	○
6	Ich verliere häufig die Kontrolle über mein Essverhalten.	○	○	○	○	○
7	Aus Angst vor Blicken oder Kommentaren von Anderen vermeide ich viele Aktivitäten.	○	○	○	○	○
8	Aufgrund meines äußeren Erscheinungsbildes habe ich Schwierigkeiten, einen Partner / eine Partnerin zu finden.	○	○	○	○	○
9	In meiner Partnerschaft erfahre ich genügend Unterstützung.	○	○	○	○	○
10	Ich habe genügend positive Aktivitäten in meinem Alltag.	○	○	○	○	○
11	Ich kann problemlos vom Boden oder von Sitzgelegenheiten aufstehen.	○	○	○	○	○
12	Ich habe das Gefühl, aktiv am Leben teilzunehmen.	○	○	○	○	○
13	Meine körperlichen Erkrankungen beeinträchtigen mich in meinem Alltag.	○	○	○	○	○
14	Ich habe genug Energie, um meinen Alltag bewältigen zu können.	○	○	○	○	○
15	Gelegentlich esse ich in einer kurzen Zeit viel mehr als für mich normal wäre.	○	○	○	○	○
16	Ich kann Essen genießen.	○	○	○	○	○
17	Aufgrund meines Aussehens finde ich keine Arbeitsstelle.	○	○	○	○	○
18	In meiner Familie fühle ich mich geliebt.	○	○	○	○	○
19	Meine Gedanken kreisen ständig um die Themen Essen und Gewicht.	○	○	○	○	○
20	Es belastet mich, keinen festen Partner / keine feste Partnerin zu haben.	○	○	○	○	○
21	In meiner Familie erfahre ich genügend Unterstützung.	○	○	○	○	○
22	Sobald ich Probleme oder Stress habe, esse ich zu viel.	○	○	○	○	○
23	Mich alleine an- und auszuziehen gelingt mir mühelos.	○	○	○	○	○
24	Ich esse oft heimlich.	○	○	○	○	○
25	Ich schäme mich für meinen Körper.	○	○	○	○	○
26	Meine Schmerzen behindern mich bei vielen Aktivitäten.	○	○	○	○	○
27	In meiner Familie erfahre ich ausreichend Wertschätzung.	○	○	○	○	○
28	Das Einzige was tröstet, ist Essen.	○	○	○	○	○
29	Ich esse oft weiter, obwohl sich mein Magen bereits voll anfühlt.	○	○	○	○	○
30	Ich mache mir Sorgen um meine finanzielle Situation.	○	○	○	○	○
31	Mein Aussehen behindert meine berufliche Entwicklung.	○	○	○	○	○
32	Ich erlebe Schwierigkeiten bei der Körperpflege.	○	○	○	○	○
33	Bei der Haushaltsführung bin ich auf Hilfe angewiesen.	○	○	○	○	○
34	Ich fühle mich in meinem Körper wohl.	○	○	○	○	○
35	Aufgrund meiner Schmerzen bin ich nicht leistungsfähig genug.	○	○	○	○	○
36	Aufgrund meines Aussehens habe ich viele Nachteile im Alltag.	○	○	○	○	○

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 1 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Montag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 2 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Dienstag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 3 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Mittwoch

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 4 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Donnerstag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 5 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Freitag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 6 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Samstag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang FÜHREN. WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen! Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt. Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste. **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.**

Meine Tagesübersicht

Tag 7 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Sonntag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Mo	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Di	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Mi	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Do	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	

Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Fr	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Sa	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
So	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

kann ersetzt werden durch APP-Auswertung

Name:

Adresse:

Alter (Jahre):

Größe (cm):

Gewicht zu Beginn: kg

Gewicht am Ende: kg

Protokolltage:

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

1. Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen.
2. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
3. Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
4. Die Bezeichnung „Tasse" ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt (s.u.).
5. Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
6. Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
7. Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein.
8. **Mengenerläuterung:**
   1 Esslöffel (EL) = 15 ml
   1 Teelöffel (TL) = 5 ml
   1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Brot			
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Croissant			Stück 40,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,00 g
Margarine			Teelöffel 5,00 g
Butter/Margarine halbfett			Teelöffel 5,00 g
Wurst (Schinkenwurst, Mettwurst, Leberwurst)			Portion 25,0 g
Fettarme Wurst (Kochschinken, Corned Beef, Geflügelwurst ..)			Portion 25,0 g
Schinken roh			Portion 15,0 g
Salami			Scheibe 30,0 g
Käse unter 20% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (unter 3% Fett)			Esslöffel 30,0 g
Speisequark (10 % Fett)			Esslöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Müsli und Corn Flakes			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Müsli, trocken			Portion 40,0 g
Früchte-Müsli			Portion 40,0 g
Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Schoko-Müsli			Portion 40,0 g
Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee/Tee schwarz			Tasse 200 g
Cappuccino			Tasse 200 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 200 g
Kondensmilch/Dosenmilch			Teelöffel 15,0 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tablette 1,00 g
Kakao			Tasse 200 g
Trinkmilch 3,5% Fett			Glas 200 g
Trinkmilch 1,5% Fett			Glas 200 g
Buttermilch			Tasse 150 g
Naturjoghurt 3,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 1,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 0,1 %			Portion 150 g
Joghurt mit Früchten 3,5 %			kleiner Becher 150 g
Joghurt fettarm mit Früchten 1,5 %			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 200 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 200 g
Putenschnitzel/Hähnchenschnitzel			Stück 200 g
Braten			Portion 200 g
Gulasch, Ragout			Portion 200 g
Bratwurst			Stück 150 g
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen			Stück 150 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 200 g
Leber, Herz, Niere			kleine Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 150 g
Tatar/Schabefleisch			Portion 70 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 100 g
Hamburger			Portion 200 g
Döner			Portion 350 g
Gyros			Portion 200 g
Beilagen/Soßen/Suppen			
Kartoffeln			Stück 80,0 g
Kartoffelpüree			Portion 250 g
Klöße, Knödel			Stück 80,0 g
Bratkartoffeln			Portion 250 g
Pommes frites			Portion 200 g
Kartoffelpuffer			Stück 70,0 g
Kartoffelsalat			Portion 250 g
Reis, gekocht			Tasse 180 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Nudeln, gekocht			Tasse 150 g
Pizza			Stück 300 g
Mehlpfannkuchen			Portion 250 g
Klare Suppe			Teller 300 g
Gebundene Suppe			Teller 350 g
Suppen-Eintopf			Teller 450 g
Tomatenketchup			Portion 20,0 g
Soße			Portion 60,0 g
Hackfleischsoße			Esslöffel 20,0 g
Käsesoße			Portion 100 g
Gemüse			
Gemüse, gebunden			Portion 200 g
Gemüse, gedünstet			Portion 200 g
Hülsenfrüchte (Erbsen, Linsen, Bohnen)			Tasse 150 g
Tomaten			Stück 60,0 g
Gurke			Stück 100 g
Rohkostsalat			Portion 250 g
Blattsalat			Portion 100 g
Paprikaschoten frisch			Stück 150 g
Mohrrübe frisch			Stück 100 g
Radieschen frisch			Stück 30,0 g
Sahne-Dressing			Portion 60,0 g
Essig-Öl-Marinade			Portion 60,0 g
Joghurt-Dressing			Portion 60,0 g
Fisch			
Fisch, gekocht			Portion 150 g
Fisch, gebraten			Portion 150 g
Fisch paniert			Portion 200 g
Fischstäbchen			Stück 30,0 g
Fischkonserve			Dose 180 g
Fisch, geräuchert			Portion 70,0 g
Rollmops, Matjes			Stück 90,0 g
Krustentiere			Portion 100 g
Heringssalat			Portion 50,0 g
Getränke			
Fruchtsaft 100 % Frucht			Glas 200 g
Limonade, Cola			Glas 200 g
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineralwasser/Leitungswasser			Glas 200 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Gemüsesaft			Glas 200 g
Bier alkoholfrei			Glas 300 g
Bier			Glas 300 g
Wein, Sekt			Glas 125 g
Spirituosen (Korn, Wodka)			Schnapsglas 20,0 g
Liköre			Schnapsglas 20,0 g
Obst			
Apfel			Stück 150 g
Apfelsine			Stück 150 g
Birne, Pfirsich, Nektarine			Stück 150 g
Banane			Stück 140 g
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren			Portion 100 g
Mandarine, Clementine			Stück 40,0 g
Kirschen frisch			Portion 125 g
Pflaumen frisch			Stück 35,0 g
Kuchen und Desserts			
Obstkuchen			Stück 150 g
Trockenkuchen			Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte			Stück 120 g
Stückchen, Teilchen			Stück 100 g
Schlagsahne			Esslöffel 20,0 g
Waffeln			Stück 150 g
Eis			Portion 150 g
Milchpudding			Schälchen 250 g
Kompott, Apfelmus			Portion 125 g
Süßwaren und Snacks			
Bonbon			Stück 5,00 g
Kekse			Stück 5,00 g
Müsli-Riegel			Stück 50,0 g
Schokolade			Stückchen 20,0 g
Schokoriegel z. B. (Mars, Nuts)			Stück 100 g
Pralinen			Stück 20,0 g
Nüsse			Handvoll 50,0 g
Salzige Knabbereien			Handvoll 50,0 g
Kartoffelchips			Handvoll 50,0 g
Studentenfutter mit Erdnüssen			Handvoll 100 g
Schaumkuss			Stück 20,0 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Eiweißpräparate			
Eiweißpulver/-shake			in g angeben
Eiweißbrot			Scheibe 40 g
Milcheiweiß			Teelöffel 5,00 g
Sojaeiweißkonzentrat			Portion 50 g
Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind			

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung:

Fragebogen bei Schnarchen und Verdacht auf Schlafapnoe

Datum:

Name: Geburtsdatum:

Beruf: Größe:

Gewicht:

Schlaf	Nie	Selten	Häufig
Wurde berichtet, dass Sie schnarchen? Seit wie vielen Jahren?	○	○	○
Hat die Schnarchintensität zugenommen? Seit wann?	○	○	○
Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ungefähr schlafen und wann stehen Sie morgens auf? von: Uhr bis: Uhr			
Wachen Sie morgens unausgeschlafen und gerädert auf?	○	○	○
Wurden von Ihrem Partner nächtliche Atempausen beobachtet?	○	○	○
Wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? Stunden			
Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?	○	○	○
Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	○	○	○
Arbeiten Sie im Schichtdienst? ○ Ja ○ Nein			
Verspüren Sie im Schlaf unkontrollierte Zuckungen in den Beinen?	○	○	○
Schwitzen Sie nachts?	○	○	○
Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit?	○	○	○
Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? ☐ unauffällig ☐ Schlafapnoe Wo? Wann?			
Tragen Sie eine Atemmaske? Wenn ja, seit wann?			

Tagesbefinden	Nie	Selten	Häufig
Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?	○	○	○
Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf?	○	○	○
Fühlen Sie sich überdurchschnittlich müde und abgeschlagen?	○	○	○
Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?	○	○	○

Ist Ihr Konzentrationsvermögen beeinträchtigt?	○	○	○
Sind Sie auffällig vergesslich?	○	○	○
Sind Sie häufig ungeduldig und gereizt?	○	○	○
Leiden Sie unter Motivationslosigkeit?	○	○	○
Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?			
Leiden Sie unter einer behinderten Nasenatmung?	○	○	○
Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Nasennebenhöhlen?	○	○	○
Benutzen Sie Nasenspray?	○	○	○
Treten wiederkehrende Hautreizungen (Ekzeme) auf?	○	○	○
Verspüren Sie plötzlich auftretende Müdigkeit während einer Mahlzeit?	○	○	○

The Epworth Sleepiness Scale

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht dabei um EINNICKEN und EINSCHLAFEN, nicht nur um eine geringe Müdigkeit. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweise in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge kürzlich nicht getan haben, versuchen Sie sich bitte vorzustellen, wie Sie in dieser Situation gefühlt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Skala, und ordnen Sie die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zu:

- **0** = nie einnicken oder einschlafen
- **1** = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- **2** = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- **3** = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	0	1	2	3
Lesen im Sitzen	○	○	○	○
Fernsehen	○	○	○	○
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z. B. Theater, Kino, etc.)	○	○	○	○
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause	○	○	○	○
Beim Hinlegen am Nachmittag	○	○	○	○
Bei einem Gespräch im Sitzen	○	○	○	○
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol	○	○	○	○
Im für einige Minuten stehenden Auto im Verkehr	○	○	○	○