

Eignungsuntersuchung bei Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten:

Seh- oder Hörstörungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Blendungsempfindlichkeit, Probleme bei Nachtfahrten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x pro Woche)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Haben sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr(e) Partner(in) darüber? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Leiden Sie am Tag unter Schläfrigkeit (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Sind Sie schon mal während der Arbeit/ am Steuer schon mal ungewollt eingeschlafen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt

ESS- Fragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit.

Für wie wahrscheinlich halten sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken, sich also **nicht nur** müde fühlen?

0= würde *niemals* einnicken

1= *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

2= *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken

3= *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

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

(Name, Vorname)

(Datum)

(Unterschrift)