

## Narkolepsie – Fragebogen (Ullanlinna Scale)<sup>1</sup>

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an.

### 1. Treten bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Störungen beim Lachen, bei Freude, Angst oder in aufregenden Situationen auf?

	0	1	2	3	4
	Nie	1-5 Mal im Leben	1 Mal im Monat oder öfter	1 Mal pro Woche oder öfter	(fast) täglich
Ich bekomme weiche Knie					
Mein Unterkiefer klappt herunter					
Ich kann den Kopf nicht halten					
Ich stürze zu Boden					

### 2. Schlafen Sie tagsüber bei folgenden Beschäftigungen ein, obwohl Sie nicht wollen?

	0	1	2	3	4
	Nie	1-5 Mal im Leben	1 Mal im Monat oder öfter	1 Mal pro Woche oder öfter	(fast) täglich
beim Lesen					
beim Fahren in öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus)					
im Stehen					
beim Essen					
bei anderen ungewöhnlichen Situationen					

### 3. Schlafen oder Schlummern Sie tagsüber?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Ich mag nicht	<input type="checkbox"/> Ich möchte, kann aber nicht	<input type="checkbox"/> 1-2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3-5 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> (fast täglich)

### 4. Wie viele Minuten brauchen Sie abends zum Einschlafen?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> > 40 Min.	<input type="checkbox"/> 30-40 Min.	<input type="checkbox"/> 20-30 Min.	<input type="checkbox"/> 10-20 Min.	<input type="checkbox"/> < 10 Min.

Summe: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M, Heikkilä K. The Ullanlinna Narcolepsy Scale: validation of a measure of symptoms in the narcoleptic syndrome. J Sleep Res 1994