



INSOMNIA SEVERITY INDEX

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen zu Ihrem Schlaf und dessen Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit rückblickend über die letzten 4 Wochen und kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

<i>1) Schwierigkeit, einzuschlafen</i>				
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
0	1	2	3	4
<i>2) Schwierigkeit, durchzuschlafen</i>				
Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
0	1	2	3	4
<i>3) Das Problem, am Morgen früh aufzuwachen</i>				
Kein	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4
<i>4) Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schlafverhalten?</i>				
Sehr zufrieden	Zufrieden	Neutral	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
0	1	2	3	4
<i>5) In welchem Ausmaß beeinflussen Ihre Schlafprobleme Ihrer Ansicht nach Ihre Alltagsfunktionen (z. B. Tagesmüdigkeit, Fähigkeit auf der Arbeit/bei Alltagstätigkeiten zu funktionieren, Konzentration, Erinnerung, Stimmung)?</i>				
Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4
<i>6) In welchem Ausmaß nehmen Ihrer Ansicht nach Ihre Mitmenschen Ihr Schlafproblem und die damit verbundene Beeinflussung Ihrer Lebensqualität wahr?</i>				
Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4
<i>7) Wie besorgt/bedrückt sind Sie durch Ihre gegenwärtigen Schlafprobleme?</i>				
Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4

Interpretation:

0 -7 Punkte: normal

15 -21 Punkte: leicht- bis mittelgradige Insomnie

8 -14 Punkte: «Grauzone»

22 -28 Punkte: schwergradige Insomnie