

INSOMNIE SCHWEREGRAD INDEX (ISI-G)¹

Name: _____

Datum: _____

1. Bitte beurteilen Sie den derzeitigen Schweregrad Ihrer Schlafprobleme (d.h. in den letzten zwei Wochen).

	Nicht vorhanden	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Einschlafschwierigkeiten	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Durchschlafschwierigkeiten	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Probleme mit zu frühem Erwachen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

2. Wie **ZUFRIEDEN**/unzufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Schlafmuster?

<i>sehr zufrieden</i>					<i>sehr unzufrieden</i>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	

3. In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch Ihr Schlafproblem bei der Bewältigung Ihres Alltags **BEEINTRÄCHTIGT** (z.B. tagsüber auftretende Müdigkeit, Fähigkeit Aufgaben am Arbeitsplatz/ im Haushalt zu erledigen, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisfähigkeit, Stimmung etc.)?

<i>gar nicht beeinträchtigt</i>	<i>ein wenig</i>	<i>in Maßen</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark beeinträchtigt</i>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

4. Wie sehr **BEMERKEN** andere, Ihrer Meinung nach, die Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität durch Ihr Schlafproblem?

<i>bemerken es gar nicht</i>	<i>kaum</i>	<i>in Maßen</i>	<i>stark</i>	<i>bemerken es sehr stark</i>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

5. Wie **BESORGT**/bekümmert sind Sie über Ihr derzeitiges Schlafproblem?

<i>gar nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>in Maßen</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

¹ Von Ch. Morin autorisierte Übersetzung des Insomnia Severity Index (ISI) durch M. B. Specht, J. Magner, A. Kaluza und A. Küfner, Adaptiert nach C.H. Bastien et al. / *Sleep Medicine* 2 (2001) 297 – 307.