revised Adolescents Sleep – Wake Scale

Deutsche Version

Ausfülldatum .....

Name .....

Geburtsdatum .....

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Du im letzten Monat geschlafen hast. Kreuze bitte für jeden Satz das Wort an, das am besten beschreibt, wie häufig jede dieser Aussagen auf Dich zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	immer	fast immer	oft	manchmal	selten	nie
Wenn es Zeit ist, ins Bett zu gehen, möchte ich auf bleiben und andere Dinge tun.	■	■	■	■	■	■
Ich versuche, das ins Bett gehen hinauszuschieben.	■	■	■	■	■	■
Wenn ich nachts aufwache, fällt es mir schwer, wieder einzuschlafen.	■	■	■	■	■	■
Wenn ich nachts aufwache, fällt es mir schwer, es mir bequem zu machen.	■	■	■	■	■	■
Wenn ich nachts aufwache, brauche ich Hilfe dabei, wieder einzuschlafen (zum Beispiel: Ich muss fernsehen, lesen, bei einer anderen Person schlafen).	■	■	■	■	■	■
Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich bereit für den Tag.	■	■	■	■	■	■
Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich ausgeruht und wach.	■	■	■	■	■	■

Original English version by Essner et al. 2015 German Translation: German Paediatric Pain Centre