



REGENSBURGER INSOMNIE SKALA (RIS)

Datum: _____ Name: _____ Geb.Datum: _____

Die folgenden Fragen sollen Ihrem behandelnden Therapeuten eine Einschätzung Ihrer Schlafstörung ermöglichen. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie nachfolgend bei der zutreffenden Antwort ein Kreuz machen. Es darf nur ein Kreuz pro Frage bzw. Aussage gemacht werden. Die Fragen beziehen sich auf die letzten vier Wochen.

Meine üblichen Bettzeiten sind: vonUhr bis.....Uhr

	1-20 min	20-40 min	40-60 min	60-90 min	mehr als 90 min
1. Wie viele Minuten brauchen Sie in der Regel um einzuschlafen?	0	1	2	3	4
2. Wie viele Stunden glauben Sie, durchschnittlich nachts zu schlafen?	7 und mehr	5-6	4	2-3	0-1
	0	1	2	3	4

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
3. Ich kann nicht durchschlafen.	4	3	2	1	0
4. Ich wache zu früh auf.	4	3	2	1	0
5. Ich wache schon bei leichten Geräuschen auf.	4	3	2	1	0
6. Ich habe das Gefühl, die ganze Nacht kein Auge zugetan zu haben.	4	3	2	1	0
7. Ich denke viel über meinen Schlaf nach.	4	3	2	1	0
8. Ich habe Angst ins Bett zu gehen, da ich befürchte, nicht schlafen zu können.	4	3	2	1	0
9. Ich fühle mich voll leistungsfähig.	0	1	2	3	4
10. Ich nehme Schlafmittel, um einschlafen zu können.	4	3	2	1	0

Gesamt: _____