

Nazwisko i Imię:		Data badania:	
Data urodzenia:			

Karolińska Skala Senności

Poniżej jest kilka przykładów jak bardzo senny/a lub czujny/a może się Pan/Pani czuć w tej chwili.

Proszę przeczytać je uważnie i **zakreślić cyfrę** najlepiej odpowiadającą Pana/ Pani stanowi senności w tej chwili.

- 1 Niezwykle czujny/a
- 2
- 3 Czujny/a
- 4
- 5 Ani czujny/a, ani senny/a
- 6
- 7 Senny/a, ale bez trudności opieram się senności
- 8
- 9 Niezmiernie senny/a, walczę ze snem