

Nazwisko i Imię:
Data urodzenia:

Data badania:

Skala Nasilenia Bezsenności/ Insomnia Severity Index

1. Proszę ocenić obecne nasilenie (np. w ciągu ostatnich dwóch tygodni) Pani/Pana problemów ze snem.

	Brak	Łagodne	Umiarkowane	Ciężkie	Bardzo ciężkie
Trudności z zasypianiem	0	1	2	3	4
Trudności z utrzymaniem snu	0	1	2	3	4
Problemy z powodu budzenia się zbyt wcześnie	0	1	2	3	4

2. Jak bardzo zadowolona(y)/ niezadowolona(y) jest Pani/Pan ze swojej obecnej jakości snu?

Bardzo zadowolona(y)					Bardzo niezadowolona(y)
0	1	2	3	4	

3. Jak bardzo Pani/ Pana zaburzenia snu wpływają na Pani/Pana funkcjonowanie w czasie dnia (np. zmęczenie w ciągu dnia, funkcjonowanie w pracy i wykonywanie codziennych obowiązków, koncentrację, pamięć, nastrój, itd..)

Brak wpływu	Nieznacznie	Umiarkowanie	Znacznie	Bardzo silnie
0	1	2	3	4

4. Jak bardzo, Pani/Pana zdaniem, są zauważalne dla innych Pani/Pana problemy ze snem biorąc pod uwagę ich wpływ na Pani/Pana jakość życia?

Niezauważalne	Prawie w ogóle	W pewnym stopniu	Zauważalne	Bardzo zauważalne
0	1	2	3	4

5. Jak bardzo zmartwiona(y)/przejęta(y) jest Pani/Pan z powodu Pani/Pana zaburzeń snu?

W ogóle	Nieznacznie	W pewnym stopniu	Znacznie	Bardzo przejęta(y)
0	1	2	3	4