

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Selbsttest: Habe ich Schlafapnoe?



| | NIE | SELTEN | HÄUFIG | SEHR OFT |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Schnarchen Sie laut, oder sagen dies andere von Ihnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurden bei Ihnen Atemstillstände im Schlaf beobachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fühlen Sie sich morgens schlapp und müde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Schwierigkeiten, lange konzentriert zu bleiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie tagsüber oft schläfrig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nicken Sie tagsüber spontan ein? (z.B. beim Autofahren, beim Fernsehen, beim Lesen, am Arbeitsplatz, bei Gesprächen mit anderen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Schlafen Sie abends schlecht ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kommt es vor, dass Sie nachts aufwachen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn ja, müssen Sie Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie dann Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Schlafen Sie unruhig, bzw. ist Ihr Bett morgens zerwühlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Auswertung

Wenn Sie die Mehrzahl der Fragen mit „oft“ oder „sehr oft“ beantwortet haben, sollten Sie unbedingt Ihren Hausarzt informieren, der dann einen Facharzt („Schlafmediziner“) mit zu Rate ziehen kann. Diese Checkliste wurde erarbeitet vom Schlaflabor der Ruhrlandklinik Essen.

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Michael Biermann
Alfredstraße 309
45133 Essen
E-Mail: selbsthilfe@schlafapnoe-essen.de

Beratungshotline: 0176 51 51 55 33
Telefon: 0201 17 75 699
Telefax: 0322 23 65 3497

Alle Angaben nach besten Wissen, jedoch ohne Gewähr. Stand: März 21