



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 Ruhrländklinik Essen

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.
c/o Kurt Gethmann
Altenessener Straße 377
D-45326 Essen

Bankverbindung:
Sparkasse Essen
Konto-Nr.: 500 908 9
BLZ.: 360 501 05

IBAN: DE69 3605 0105 0005 0090 89
BIC: SPESD3EXXX

Sitz des Vereins:
Essen VR 3447
Steuer-Nummer:
112/5750/1294

Vorstand i. S. d. § 26 BGB:

1. Vorsitzender: Kurt Gethmann * 2. Vorsitzender: Michael Biermann
Beisitzer: Heidelinde Böhme, Ulrich Flesch, Armin Geisler,
Erika Ney, Ralf Nies, Friedhelm Reß, Klaus Volkmer

Laut Freistellungsbescheid des Finanzamtes Essen vom 13.05.2015 ist unser Verein berechtigt für Spenden, die uns zur Verwendung für den Vereinszweck zugewendet werden und Mitgliedsbeiträge Zuwendungsbestätigungen auszustellen (§ 50 Abs1 EStDV).



Wir haben die Selbstverpflichtungserklärung der Initiative Transparente Zivilgesellschaft unterschrieben, in der wir uns dazu verpflichten, zehn präzise benannte, relevante Informationen über uns leicht auffindbar der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen.