



Fragebogen für Patienten mit Überdrucktherapie

Fühlen Sie sich durch das Gerät im Schlaf gestört ?

regelmäßig	häufig	gelegentlich	nie
------------	--------	--------------	-----

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht ?

weniger als 6	7	8	mehr als 8
---------------	---	---	------------

Haben Sie von der n-CPAP-Therapie profitiert ?

sehr stark	deutlich	ein wenig	gar nicht
------------	----------	-----------	-----------

Was ist am deutlichsten gebessert ?

ruhigerer Schlaf nachts	morgens ausgeschlafener	kein Einschlafen am Tage mehr	besser leistungsfähig geistig körperlich
----------------------------	----------------------------	----------------------------------	---

Müssen Sie jetzt nachts weniger oft zur Toilette ? nein___ ja___ wie oft___

Hat Ihr Schlafpartner noch schnarchen festgestellt ? nein___ ja___

Was benutzen Sie als Nasenpflege ? (Falls ja, bitte den Produktnamen angeben)

Salbe	Spray	Sonstiges	nichts
-------	-------	-----------	--------

Welche Probleme traten während der Behandlung auf, wenn Sie die Therapie nutzten ? (bitte das Zutreffende ankreuzen; mehrere Angaben sind möglich !)

Mundtrockenheit___ trockene Nase___ laufende Nase___ verstopfte Nase___

Gerät zu laut___ Angstgefühle___ Ärger „nervig“___

Einschlafen schwer___

Maske zu laut___ Maskendruckstellen___ Kopfhaut schlecht___

Maskendichtigkeit___

Werden Sie das Gerät weiter benutzen ?

regelmäßig	häufig	gelegentlich	nie
------------	--------	--------------	-----