


| | | | |
|---|------------------------|--|------------------|
|  | Formular | Änder- Stand 03 18.03.2019 | F-104.7-B |
| | CPAP-Fragebogen | Seite 1/1 | |

1. Seit wann benutzen Sie ein Gerät? Seit _____ Jahren

2. Welchen Gerätetyp nutzen Sie?

CPAP / CFlex Auto CS /ASV
 BIPAP Auto-CPAP

3. Nutzen Sie einen Befeuchter? Nein Ja

4. O2-Gabe? Nein Ja mit _____ Litern/min

5. Druck in mbar? _____

6. Wie akzeptieren Sie die Behandlung?

Sehr gut mäßig
 gut schlecht

7. In wieviel Nächten wird das Gerät in der Woche benutzt? _____

8. Wieviele Stunden benutzen Sie das Gerät pro Nacht? Ca. _____ Std./Nacht

9. Benutzen Sie das Gerät auf Reisen? Nein Ja

10. Werden die Filter regelmäßig gewechselt? Nein Ja

11. Welchen Maskentyp haben Sie?

Nasenmaske Nasen pillow Maske
 Nasen-Mund-Maske Individuell angefertigte Maske

12. Alter und Zustand der Maske?

Letzter Austausch der Maske war ca. am: _____ (Monat und Jahr)

Sitzt gut undicht alt
 Hautreizung führt zu Druckstellen

13. Schlafstörungen?

Dauer bis zum Einschlafen?: _____ min

Nächtliches Wasserlassen? Nein Ja: _____ mal pro Nacht

Nächtliches Aufwachen? Nein Ja: _____ mal pro Nacht

Durchschlafstörungen Einschlafstörungen
 Tagesmüdigkeit Beinbewegungen
 Angst/Panik Mundtrockenheit
 Keine Beschwerden

Herzlichen Dank