

Fragebogen bei Kontrolle mit nCPAP oder BiPAP

Name: _____ Geb.Datum: _____

1. Benutzen Sie das Gerät jede Nacht?

2. Kommen Sie im Umgang mit der Maske und dem Gerät gut zurecht?

Ja

Nein, weil _____

3. Fühlen Sie sich tagsüber ausreichend ausgeruht?

Ja

Nein

4. Möchten Sie das Gerät weiterhin regelmäßig anwenden?

Ja

Nein, weil _____

5. Aus welchem Grund kommen Sie zur Überprüfung der Behandlung?

Auf Empfehlung des Arztes.

Da ich Probleme im Umgang mit dem Gerät habe.