



Patienten
Aufkleber

Fragebogen zur CPAP-Therapie

Untersuchungsdatum: _____ Beruf: _____

Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

- Seit wann nutzen sie die Therapie? _____
- Wann hat die letzte Kontrolle stattgefunden? _____
- Welcher Therapiemodus ist bei ihrem Gerät eingestellt?
CPAP APAP Bi-Level ASV
- Auf wieviel Druck ist ihre Therapie eingestellt? _____ mbar
- Wie viele Stunden nutzen sie ihre Therapie durchschnittlich pro Nacht? _____ Stunden
- Geht es ihnen seit Beginn der CPAP Therapie allgemein besser? Ja Nein
- Falls vorhanden, beschreiben sie bitte ihre Probleme mit der Maske bzw. dem Gerät:

8. Ordnen Sie bitte Ihre Beschwerden auf den folgenden Linien ein.

-Haben Sie die gefragten Beschwerden nicht, setzen Sie bitte **ganz links** ein Kreuzchen. Leiden Sie sehr unter den gefragten Beschwerden, setzen Sie bitte das Kreuzchen **rechts**. Liegen Ihre Beschwerden zwischen beiden Extremen, setzen Sie bitte das Kreuzchen je nach Ausmaß der Beschwerden zwischen beiden Liniengrenzen.

abendliche Einschlafschwierigkeit

kaum ausgeprägt

Einschlafneigung tagsüber

kaum ausgeprägt

Häufigkeit des Schnarchens

nie jede Nacht

Wachen Sie nachts auf?

nie oft

9. Warum wachen Sie nachts auf?

10. Neigen Sie dazu, tagsüber ohne Grund einzuschlafen? Ja Nein

11. Üben Sie eine Schichtarbeit aus? Ja Nein

12. Haben Sie eine behinderte Nasenatmung?
Ganzjährig jahreszeitlich am Tage nachts Nein

13. Nehmen Sie Schlafmittel? Nein Gelegentlich Regelmäßig

14. Rauchen Sie? Ja Nein Pro Tag _____

15. Trinken Sie abends regelmäßig Bier oder Wein? Ja Nein

16. Leiden Sie unter:

Bluthochdruck Ja seit: _____ Nein

Herzerkrankungen Ja seit: _____ Nein

Lungenerkrankungen Ja seit: _____ Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja seit: _____ Nein

Restless Legs Syndrom Ja seit: _____ Nein

Depression Ja seit: _____ Nein

Angststörung Ja seit: _____ Nein

17. andere Vorerkrankungen?

18. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

19. Leiden sie an Allergien Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

20. Hatten Sie eine Operation an
den Rachenmandeln (Polypen) Ja Nein

den Gaumenmandeln Ja Nein

Nasenscheidewand, Nasenmuscheln Ja Nein

Nasennebenhöhlen Ja Nein

weitere Kopf oder Hals-Operationen? _____

21. Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an:

Situation	Wahrscheinlichkeit dabei einzuschlafen oder einzunicken			
	Keine (0 Punkte)	Gering (1 Punkt)	Mittel (2 Punkte)	Hoch (3 Punkte)
Ich sitze im Stuhl und lese				
Ich schaue Fernsehen				
Ich sitze im Theater oder in einer Versammlung				
Ich bin Beifahrer im Auto bei einer einstündigen Fahrt				
Ich lege mich nachmittags zum Ausruhen hin				
Ich unterhalte mich mit jemandem				
Ich sitze nach dem Essen im Sessel				
Ich fahre ein Auto, das verkehrsbedingt (Ampel, Stau....) für wenige Minuten anhält				
Summe der Punktzahl				