

# Fragebogen zur Therapiekontrolle bei Maskenbeatmung

Füllen Sie den Fragebogen bitte mit **schwarzem** Kugelschreiber aus.

Versuchen Sie bitte **mindestens 6 Stunden** zu schlafen.

Bringen Sie bitte zur Befundauswertung Ihren **Gerätepass** mit.

<b>Name</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Vorname</b>		<b>Untersuchungsdatum</b>	

## Angaben zur Untersuchungsnacht

<b>Zu Bett gegangen</b>	Uhr	<b>Schlafqualität</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend
Eingeschlafen	Uhr	Beschwerden	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Luftnot
			<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> schlechte Träume	
			<input type="checkbox"/> andere: _____		
<b>Am Morgen erwacht</b>	Uhr	Störungen des Schlafes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> von selbst			<input type="checkbox"/> Wasserlassen _____ mal		
<input type="checkbox"/> mit Wecker			<input type="checkbox"/> Messgerät störte etwas <input type="checkbox"/> Messgerät störte stark		
			<input type="checkbox"/> andere: _____		
Aufgestanden	Uhr	<b>Befinden am Morgen</b>	<input type="checkbox"/> ausgeschlafen <input type="checkbox"/> nicht ausgeschlafen		

## Angaben zur Nutzung

<b>Betriebsstunden</b>	Bitte <b>aktuell</b> am Gerät ablesen und <b>hier eintragen:</b> _____ Stunden				
Nutzungshäufigkeit	<input type="checkbox"/> jede Nacht	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> gar nicht	
Nutzungsdauer	Ich nutze die Maskenbeatmung: _____ Stunden pro Nacht				
Warmluft-Befeuchter	Nutzung:	<input type="checkbox"/> habe keinen	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> gar nicht
		Nutzung auf Stufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Aktuelle Einstellung	<b>Druck:</b> _____ mbar	<b>Rampe:</b> _____ mbar	<b>Zeit:</b> _____ min	<input type="checkbox"/> ich nutze die Rampe	

## Angaben zur Maske

Meine Maske	<input type="checkbox"/> Nasen-Maske	<input type="checkbox"/> Mund-Nasen-Maske
	Hersteller: _____	Bezeichnung: _____ Größe: _____
	Letzte Maskenverordnung: _____ (Monat/Jahr)	Letzter Wechsel der Feinfilter: _____ (Monat/Jahr)
	Letzter Wechsel der Kopfbänderung: _____ (Monat/Jahr)	Letzte Reinigung Grobfilter: _____ (Monat/Jahr)

## Befinden unter Maskenbeatmung seit der letzten Untersuchung

Beschwerden <b>nachts</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/> Platzangst	<input type="checkbox"/> Naßgeschwitzsein
	<input type="checkbox"/> Luftnot	<input type="checkbox"/> Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Herzstolpern
	<input type="checkbox"/> mehr als 1x Wasserlassen		<input type="checkbox"/> Schnarchen trotz Maskenbeatmung	
	<input type="checkbox"/> andere: _____			
Beschwerden <b>tagsüber</b>	<b>Morgens:</b> <input type="checkbox"/> ausgeschlafen	<input type="checkbox"/> müde	<input type="checkbox"/> gerädert	<input type="checkbox"/> starke Kopfschmerzen
	<b>Tagsüber:</b> <input type="checkbox"/> leistungsfähig	<input type="checkbox"/> etwas müde	<input type="checkbox"/> stark müde	<input type="checkbox"/> spontanes Einschlafen
	<input type="checkbox"/> Mittagsschlaf nötig	<input type="checkbox"/> Anschwellen der Beine		
<b>Sitz der Maske</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> erscheint mir zu groß	<input type="checkbox"/> erscheint mir zu klein
	<b>Druckstellen:</b> <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Druckstellen		<input type="checkbox"/> Hautdefekt
	<b>Luftleck</b> <input type="checkbox"/> keins	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> stark
	<input type="checkbox"/> Oberlippe	<input type="checkbox"/> seitlich	<input type="checkbox"/> Nasenwurzel	<input type="checkbox"/> unter den Augen <input type="checkbox"/> Augen entzündet
<b>Beatmungsdruck</b>	<input type="checkbox"/> ist genau richtig	<input type="checkbox"/> erscheint mir zu hoch	<input type="checkbox"/> erscheint mir zu niedrig	
Beatmungsgerät	<input type="checkbox"/> gut abgestimmt	<input type="checkbox"/> treibt mich an	<input type="checkbox"/> ist langsamer als ich	
<b>Verkehrsteilnahme</b>	Führen von Kraftfahrzeugen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> Personentransport	
	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> dienstlich	<input type="checkbox"/> beruflich	
	<input type="checkbox"/> <b>Müdigkeit</b> beim Fahren	<input type="checkbox"/> <b>Sekundenschlaf</b> beim Fahren		
	Verkehrsunfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, durch:	
	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Unachtsamkeit	<input type="checkbox"/> keins davon
<b>Medikamente</b>	Einnahme von <b>Schlafmitteln</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig <b>Präparat:</b> _____
	<b>Medikamenten-Änderung</b> seit der letzten Untersuchung:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____		

Bemerkungen: \_\_\_\_\_