

# Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

## Fragebogen zur Therapieversorgung



### Fragebogen zu Ihrer Versorgung mit einem Schlaftherapiegerät.

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Wie bewerten Sie die Versorgung des Versorgungsunternehmens?

sehr gut     gut     befriedigend     ausreichend     mangelhaft     ungenügend

Welche Probleme traten bei der Versorgung auf?

---

---

### Fand die Versorgung mit dem Schlaftherapiegerät in Ihrem häuslichen Umfeld statt?

Ja     Nein

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

---

### Wurden Sie in die Handhabung des Therapiegerätes eingewiesen?

Ja     Nein

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

---

### Wurden Ihnen vom Versorger 2 Therapiegeräte vorgestellt, zwischen denen Sie Ihren Favoriten, ohne eine zusätzliche Aufzahlung, auswählen konnten?

Ja     Nein

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

---



---

**Wurden Ihnen vom Versorger verschiedene Masken vorgestellt und nach ihrem individuellen Bedarf angepasst?**

Ja

Nein

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

---

**Mussten Sie für die Maske eine Aufzahlung leisten?**

Ja

Nein

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

---

**Wurden Sie 4 Wochen nach der Auslieferung durch Ihren Versorger erneut besucht, um die Einhaltung der Therapie zu gewährleisten?**

Ja

Nein

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

---

**Traten weitere Probleme im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung mit einem Schlaftherapiegerät auf?**

---

---

---

---

**Ort, Datum, Unterschrift**