

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: _____

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Michael Biermann
Alfredstraße 309
45133 Essen
E-Mail: selbsthilfe@schlafapnoe-essen.de

Beratungshotline: 0176 51 51 55 33
Telefon: 0201 17 75 699
Telefax: 0322 23 65 3497

Alle Angaben nach besten Wissen, jedoch ohne Gewähr. Stand: März 21



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

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Michael Biermann
Alfredstraße 309
45133 Essen
E-Mail: selbsthilfe@schlafapnoe-essen.de

Beratungshotline: 0176 51 51 55 33
Telefon: 0201 17 75 699
Telefax: 0322 23 65 3497

Alle Angaben nach besten Wissen, jedoch ohne Gewähr. Stand: März 21