

# LIVSKVALITETSSPØRSMÅL FOR HJEMMERESPIRATORPASIENTER

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

## 1. Våkner du opp flere ganger i løpet av natten?

- Aldri/nesten aldri
- Av og til
- Noen ganger i uken
- Alltid/nesten alltid

## 2. Våkner du med hodepine?

- Aldri/nesten aldri
- Av og til
- Noen ganger i uken
- Alltid/nesten alltid

## 3. Føler du deg uthvilt etter nattesøvnen?

- Aldri/nesten aldri
- Av og til
- Noen ganger i uken
- Alltid/nesten alltid

## 4. Er du trøtt på dagtid under arbeid eller fritid?

- Aldri/nesten aldri
- Av og til
- Noen ganger i uken
- Alltid/nesten alltid

## 5. Opplever du åndenød om natten?

- Aldri/nesten aldri
- Av og til
- Noen ganger i uken
- Alltid/nesten alltid