

Anmeldung Schlaflabor

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, die Anmeldung vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Der Fragebogen wird im Anschluss digital in Ihre Patientenakte eingefügt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ/Wohnort:

Straße/Hausnummer:

Name der Krankenversicherung:

Telefonnummer:

Email:

Überweisender Arzt:

Hausarzt:

Ist bei Ihnen bereits eine Schlafapnoe bekannt?

nein

ja

Waren Sie bereits in einem Schlaflabor?

nein

ja

Falls ja, wann und in welchem?

Haben Sie bereits ein CPAP-Gerät?

nein

ja

Falls ja, von welcher Firma, seit wann

Besteht bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit oder besonderer Betreuungsbedarf?

nein

ja

Falls ja, welche/Grund:

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt:

Bitte senden Sie uns alle bereits vorliegenden Befunde (z.B. Polygraphie, BGA) sowie die Überweisung zu.

Datum:

Unterschrift Patient/in: