

Anmeldung zum Schlafapnoescreening

Patientendaten:

Name der/s Patientin/Patienten: _____

wohnhaft: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Telefonnummer: Privat _____

Geschäftlich _____

Handy _____

email: _____

Anmeldung:

Anmeldung für: Schlafapnoescreening vor Untersuchung im Schlaflabor

Bei bereits vorhandener CPAP-Therapie bitte angeben:

Gerät und Maske _____

Therapiedruck _____

Fragestellung _____

Bereits bekannte schlafmedizinische Erkrankungen (CPAP/BIPAP): ja nein

WICHTIG: frühere Befunde von Apnoe-Screening / Polygraphiebefund beilegen!

Medizinische Daten der/s Patientin/Patienten:

Körpergewicht _____ kg Größe _____ cm BMI _____ BMI_

Begleiterkrankungen (Herz-Insuffizienz, KHK, Hypertonie, Apoplex, Krampfleiden, neurologische Erkrankungen, usw.): _____

Begleitmedikation - die abends eingenommen werden muss: _____

WICHTIG: Relevante Arztberichte, insbes. ggf. vorhandene frühere Schlaflaborberichte beilegen!

Terminaten:

Terminwunsch der/s Patientin/Patienten: _____

Dringlichkeit: normal eilig Notfall

Ansprechpartner in Ihrer Praxis: Hr./Fr. _____ Tel.: _____