Formular Anmeldefax SLB 29.04.14 Med. Klinik IV: Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin	KNAPPSCHAFT KLINIKEN KLINIKUM VEST

Anmeldungsbogen - FAX 02365-90-2828

An das Schlafmedizinische Zentrum
Klinikum Vest / Paracelsusklinik Marl

Telefon: 02365-90- 2820/ 19023
E-Mail: schlaflabor.pneumologie@klinikum-vest.de

Absender:

Stempel Praxis

Patientendaten:

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Adresse:		
Krankenkasse:		
Telefon, Mobiltelefon: **Pat. wird über diese Telefonnummer zur Vergabe des Untersuchungstermines kontaktiert!**		

Dringlichkeitsstufe:

- ☐ Sehr dringend (z.B. schweres OSAS/Berufskraftfahrer)
- ☐ Dringend (schwergradiger Befund)
- ☐ Mittelgradig
- ☐ Weniger dringend (z.B. grenzwertiger Polygraphiebefund)

Sonstige Bemerkungen:

- ☐ Hypersomnieabklärung, z,B, Narkolepsie - Tagesmessung wie MSLT, MWT erforderlich
- ☐ Neurolgische Besonderheiten (z.B. V.a. periodische Beinbewegungen)
- ☐ Insomnie
- ☐ CPAP/Bipap Kontrolle bei amb. nicht lösbaren Problemen

ANLAGE: Polygraphiebefund, Vorbefunde

Hiermit erkläre ich mich mit der Befundübermittlung an den/die weiterbehandelnden/e Arzt/ Klinik einverstanden

Unterschrift Patient……