

Anmeldung für Schlaflaborpatienten

Anmeldung durch:

Neuanmeldung
 CPAP/Bilevel-Kontrolle

Patient:

Name/Vorname:	Größe:	cm
Geburtsdatum:	Gewicht:	kg
Adresse:	Geschlecht:	
Krankenkasse:		
Telefonnummer:		

Anmeldung:	Fax:
<input type="checkbox"/> Kinderklinik St. Hedwig	0941/3695424
<input type="checkbox"/> Bezirksklinikum Regensburg (Schlafambulanz)	0941/9412845
<input type="checkbox"/> Caritas-Krankenhaus St. Maria, Fachklinik Donaustauf	09403/80285
<input type="checkbox"/> Universitätsklinikum Regensburg	0941/9447381

Polygraphie:

Apnoe-Hypopnoe-Index	/h	Mittlere O2-Sättigung	%
Entsättigungsindex	/h	Minimale O2-Sättigung	%

Leitsymptome:

Ein- und Durchschlafstörungen

Nicht erholsamer Schlaf

Einschlafneigung beim Führen eines Kraftfahrzeuges

sonstige:

Epworth Schläfrigkeitsskala: Punkte

Begleiterkrankungen:

<input type="checkbox"/> Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Demenz (leicht bis mittelschwer)
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> COPD

sonstige:

Beruf:

.....

Berufskraftfahrer

Bemerkungen:

Mit einer Anmeldung in das genannte Schlaflabor und der Übermittlung obiger Daten einverstanden.

Mit einer Kontaktaufnahme durch das genannte Schlaflabor einverstanden.

.....

Datum, Unterschrift des Patienten