



Anmeldung zur Polysomnographie

(bitte ausgefüllt per Fax oder Mail senden)

Telefon: 089 21665544
Fax: 089 21665720
Mail: service@prosomno.de

Einweisende Praxis/Klinik:

Patient:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon / Handy:

Versicherung:

Verdachtsdiagnose

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoesyndrom | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln etc. |
| <input type="checkbox"/> Restless Legs Syndrom | <input type="checkbox"/> unklare Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Narkolepsie | <input type="checkbox"/> Therapiekontrolle CPAP/BiPAP-Therapie |
| <input type="checkbox"/> Hypersomnie | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> |
-

Begleiterkrankungen

- Arterielle Hypertonie
- Herzinsuffizienz NYHA Grad II, III, IV
- instabile Angina pectoris
- COPD
- Diabetes mellitus
- Depression
- andere psychiatrische Grunderkrankung
- Morbus Parkinson
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Z. n. Apoplex
- Cheyne-Stokes-Atmung
- Adipositas BMI >35
-

Beschwerdesymptomatik

- Tagesmüdigkeit
- Tagesschläfrigkeit
- Erschöpfung
-
-

Aktuelle Medikation:

-
-
-
-
-

Hilfsmittelgebrauch

- Rollator
- Rollstuhl