

## Anmeldung zur Polysomnographie

(bitte ausgefüllt per Mail an [service@prosomno.de](mailto:service@prosomno.de) oder per Fax an 089-21665720 senden)

Zuweisende Praxis / MVZ / Klinik:

### Patientendaten:

Name:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:
Telefon:	Beruf:
Versicherung:	Versicherungsnummer:

### Verdachtsdiagnose

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoe-Syndrom                  | <input type="checkbox"/> Hypersomnie / Narkolepsie |
| <input type="checkbox"/> Therapiekontrolle CPAP/BiPAP-Therapie | <input type="checkbox"/> Parasomnie                |
| <input type="checkbox"/> Insomnie                              | <input type="checkbox"/> sonstige:                 |
| <input type="checkbox"/> Restless-Legs-Syndrom                 |  |

---

### Vorerkrankungen

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie                  | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> KHK / Z.n. Herzinfarkt                 | <input type="checkbox"/> BMI:      |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz                       | <input type="checkbox"/> sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen / VHF            |                                    |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / ICD                |                                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2            |                                    |
| <input type="checkbox"/> COPD / Asthma bronchiale               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Depression / Angststörung              |                                    |
| <input type="checkbox"/> andere psychiatrische Grunderkrankung: |                                    |
| <input type="checkbox"/> Z. n. Apoplex                          |                                    |

### Hilfsmittelgebrauch

- ☐ Rollator    ☐ Rollstuhl    ☐ Pflegestufe

### Aktuelle Medikation:

**Bitte senden Sie relevante Vorbefunde mit.**

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**



Zertifizierte  
Fachklinik für  
Schlafmedizin

ProSomno Klinik für Schlafmedizin  
ProSomno GmbH  
Weinstr. 4  
80333 München

Geschäftsführer / Ärztlicher Leiter  
Dr. med. Sebastian Herberger  
Handelsregister München HRB 126134  
StNr. 143/197/30312

Apotheker- und Ärztebank  
München  
IBAN: DE06 3006 0601 0004 7292 85  
Swift-Code (BIC): DAAEEDXXX