

Anmeldung zur Polysomnographie

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

Zuweisende Praxis / MVZ / Klinik:

Patientendaten:

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

Verdachtsdiagnose

- Schlaf-Apnoe-Syndrom
 - Hypersomnie / Narkolepsie
 - Therapiekontrolle CPAP/BiPAP-Therapie
 - Parasomnie
 - Insomnie
 - sonstige:
 - Restless-Legs-Syndrom
-

Vorerkrankungen

- Arterielle Hypertonie
- Epilepsie
- KHK / Z.n. Herzinfarkt
- BMI:
- Herzinsuffizienz
- sonstige:
- Herzrhythmusstörungen / VHF
- Hilfsmittelgebrauch
- Herzschrittmacher / ICD
- Rollator Rollstuhl Pflegestufe
- Diabetes mellitus Typ 1/2
- COPD / Asthma bronchiale
- Depression / Angststörung
- Aktuelle Medikation:
- andere psychiatrische Grunderkrankung:
- Z. n. Apoplex

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): DAAEDEDDXXX