

FAX

0211 – 44 77 41 99

E-Mail

info@klinik-fuer-schlafmedizin.de

ANMELDUNG SCHLAFLABOR

Klinik für Schlafmedizin Düsseldorf

Luise-Rainer-Str.6-10 in 40235 Düsseldorf

Tel. 0211 – 44 7741 00

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Krankenkasse:

Private Zusatzversicherung: ja nein

Telefon Privat:

Telefon Beruf:

E-Mail-Adresse:

**Einweiser / Zuweiser
Stempel**

Gewünschte Untersuchung (Bitte ankreuzen)

Ambulantes Monitoring

Erstdiagnostik

Kontrolle

Bemerkungen/Verdachtsdiagnose:

Kardiale Vorerkrankungen:

Pneumologische Vorerkrankungen:

Besteht ein Pflegegrad oder Unterstützungsbedarf:

Größe:

Gewicht:

Problematik: