

FAX
E-Mail

0211 – 547665 - 99
info@klinik-fuer-schlafmedizin.de

ANMELDUNG SCHLAFLABOR
Klinik für Schlafmedizin Düsseldorf

Luise-Rainer-Str.6-10 in 40235 Düsseldorf
Tel. 0211 – 547 665 - 0

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: