

Kontakt:

Tel.: +43 3124/501-7123

Fax: +43 3124/501-7125

Ordinationsstempel

Erhöhte Dringlichkeit:

(z. B. Berufskraftfahrer, Sekundenschlaf, ESS > 10)

Ja Grund: _____

Nein

Anmeldung zur Polysomnographie (PSG)

Datum: _____

Patient:innendaten:

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel.Nr.: _____

SV-Nr./Geb.Dat.: _____

Hat Patient:in bereits eine **CPAP-Therapie**?

Ja

Nein

Bemerkungen: (z.B. spezielle Vorbereitung notwendig (Behinderung/Begleitperson))