

# Anmeldung für Schlaflaborpatienten

Anmeldung durch:

- Neuanmeldung
- CPAP/Bilevel-Kontrolle

Patient:

Name/Vorname: Größe: cm  
Geburtsdatum: Gewicht: kg  
Adresse:  
Krankenkasse:  
Telefonnummer:

Anmeldung:

- Kinderklinik St. Hedwig
- Bezirksklinikum Regensburg (Schlafambulanz)
- Klinik Donaustauf
- Universitätsklinikum Regensburg

Fax:

0941/3695424  
0941/9412845  
09403/80285  
0941/9447381

Polygraphie:

Apnoe-Hypopnoe-Index /h Mittlere O2-Sättigung %  
Entsättigungsindex /h Minimale O2-Sättigung %

Leitsymptome:

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Nicht erholsamer Schlaf
- Einschlafneigung beim Führen eines Kraftfahrzeuges

sonstige: .....

Epworth Schläfrigkeitsskala:

Punkte

Begleiterkrankungen:

- Art. Hypertonie
- Vorhofflimmern
- KHK
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall
- Depression
- Demenz (leicht bis mittelschwer)
- Diabetes mellitus
- COPD

sonstige: .....

Beruf:

- .....
- Berufskraftfahrer

- Mit einer Anmeldung in das genannte Schlaflabor und der Übermittlung obiger Daten einverstanden.
- Mit einer Kontaktaufnahme durch das genannte Schlaflabor einverstanden.

.....  
Datum, Unterschrift des Patienten