Lungenmedizin · Schlafmedizin
Zentrum für Lungen- und Schlafmedizin AG

Lungenmedizin und Schlafmedizin unter einem Dach

Das ambulante Zentrum
für Diagnostik, Beratung und Therapie bei allen pneumologischen Beschwerden und bei allen Schlafstörungen und schlafbedingten Tagesbeschwerden

1998 vom Lungenzentrum Hirslanden gegründet als Zentrum für Schlafmedizin Hirslanden.

A-Post
Zentrum Lungen- und Schlafmedizin AG
Forchstrasse 420
8702 Zollikon

➔ E-Mail info.sleepmed@hin.ch
➔ Telefon 043 499 52 11

A-Post
Zentrum für Lungen- und Schlafmedizin AG
Forchstrasse 420
8702 Zollikon

➔ 100 Meter von der Tram- und Forchbahnhaltestelle Rehalp (20 Minuten mit dem Tram 11 ab Hauptbahnhof Zürich oder neun Minuten mit der Forchbahn ab Bahnhof Stadelhofen). Parkplätze vorhanden.

Überweisung zur somnologischen Abklärung/Therapie

(Separates Zuweisungsblatt für die pneumologische Zuweisung auf www.lungenmedizin.ch, «Anmeldung», erhältlich.)

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ und Ort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Gewünschtes Konsultationsdatum: _____

☐ Bitte Patientin/Patienten direkt einladen.

Symptomatik: (alles Zutreffende ankreuzen)

☐ Unklare Schlafstörung
☐ Anhaltende Ein- oder Durchschlafstörung
☐ Tagesschläfrigkeit mit oder ohne Schnarchen
☐ Schnarchen/unklare Atemstörung im Schlaf
☐ Störung des Vigilanz- und Wachzustandes
☐ Parasomnie/unübliches Verhalten im Schlaf
☐ Aufwachen mit Angst (inkl. Erstickungsangst)
☐ Schlafstörung bei anderer Erkrankung

Gewünschte Leistung:

☐ Schlafsprechstunde
☐ Polysomnografie
☐ Polysomnografie mit anschliessendem multiplem Schlaflatenztest
☐ Initiale CPAP-Einstellung
☐ Verlaufskontrolle bei CPAP-Therapie
☐ Aktigrafie
☐ Nächtliche Fingerpulsoxymetrie

☐ Andere:_____

Um das optimale diagnostische Vorgehen zu finden und überlagerte Ursachen der Schlafbeschwerden in einem Abklärungsgang zu erfassen, empfehlen wir eine Schlafanamnese-Erhebung in unserer Schlafsprechstunde.

Bemerkungen/Verdachtsdiagnosen

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes, Datum

☐ Bitte senden Sie mir weitere Anmeldeformulare.

➔ Formular auch auf www.sleepmed.ch, «Anmeldung»

11.2026