



Somnologie:

Dr. phil. Daniel Brunner
lic. phil. Daniela Janssen
PD Dr. med. Rositsa Neumann

Pneumologie:

Dr. med. Jürg Barandun
Dr. med. Karl Klingler
Dr. med. Andreas Pieczyk

Tel: 043 499 52 11, Fax: 043 499 52 10
www.sleepmed.ch, info.sleepmed@hin.ch

Anmeldung

zur somnologischen Abklärung und Therapie

Zentrum für Schlafmedizin AG
Hirslanden
Forchstrasse 420
8702 Zollikon

Name:

Telefon Privat:

Vorname:

Telefon Geschäft:

Geburtsdatum:

Gewünschtes Konsultationsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Bitte Patienten/in direkt aufbieten

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
- Polysomnographie
- Polysomnographie mit anschliessendem multiplen Schlaflatenztest
- initiale CPAP-Einstellung
- Verlaufskontrolle bei CPAP-Therapie
- Aktographie
- nächtliche Fingerpulsoxymetrie

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:

Datum:

Zuweisender Arzt (Unterschrift u. Stempel):

Bitte senden Sie mir weitere Anmeldeformulare