



A-Post

Zentrum für Schlafmedizin Hirslanden AG
Forchstrasse 420
8702 Zollikon

A-Post

Zentrum für Schlafmedizin Hirslanden AG
Forchstrasse 420
8702 Zollikon

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

- ➔ 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

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	E-Mail: _____
Adresse: _____	PLZ und Ort: _____
Telefon Privat: _____	Telefon Geschäft: _____
Gewünschtes Konsultationsdatum: _____	<input type="checkbox"/> Bitte Patientin/Patienten direkt einladen.

Symptomatik: (alles Zutreffende ankreuzen) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Unklare Schlafstörung<input type="checkbox"/> Anhaltende Ein- oder Durchschlafstörung<input type="checkbox"/> Tagesschläfrigkeit mit oder ohne Schnarchen<input type="checkbox"/> Schnarchen/unklare Atemstörung im Schlaf<input type="checkbox"/> Störung des Vigilanz- und Wachzustandes<input type="checkbox"/> Parasomnie/unübliches Verhalten im Schlaf<input type="checkbox"/> Aufwachen mit Angst (inkl. Erstickungsangst)<input type="checkbox"/> Schlafstörung bei anderer Erkrankung	Gewünschte Leistung: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Schlafsprechstunde<input type="checkbox"/> Polysomnographie<input type="checkbox"/> Polysomnographie mit anschliessendem multiplem Schlaflatenztest<input type="checkbox"/> Initiale CPAP-Einstellung<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei CPAP-Therapie<input type="checkbox"/> Aktographie<input type="checkbox"/> Nächtliche Fingerpulsoxymetrie<input type="checkbox"/> 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.