



A-Post

Zentrum für Schlafmedizin AG Hirslanden
Forchstrasse 420
8702 Zollikon

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

A-Post

Zentrum für Schlafmedizin AG Hirslanden
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

Name: _____	Vorname(n): _____
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)	Gewünschte Leistung:
<input type="checkbox"/> Unklare Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Schlafsprechstunde
<input type="checkbox"/> Anhaltende Ein- oder Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/> Polysomnografie
<input type="checkbox"/> Tagesschläfrigkeit mit oder ohne Schnarchen	<input type="checkbox"/> Polysomnografie mit anschliessendem multiplem Schlaflatenztest
<input type="checkbox"/> Schnarchen/unklare Atemstörung im Schlaf	<input type="checkbox"/> Initiale CPAP-Einstellung
<input type="checkbox"/> Störung des Vigilanz- und Wachzustandes	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei CPAP-Therapie
<input type="checkbox"/> Parasomnie/unübliches Verhalten im Schlaf	<input type="checkbox"/> Aktigrafie
<input type="checkbox"/> Aufwachen mit Angst (inkl. Erstickungsangst)	<input type="checkbox"/> Nächtliche Fingerpulsoxymetrie
<input type="checkbox"/> Schlafstörung bei anderer Erkrankung	<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