

G-2/Extern Richtlinie 2004.4357 vom 26.07.2024



Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie Schlaflabor

Kontakt:

Tel.: +43 3124/501-7123 Fax: +43 3124/501-7125

Erhöhte Dringlichkeit: (z. B. Berufskraftfahrer, Sekundenschlaf, ESS > 10) Ordinationsstempel Grund:____ Nein \square **Anmeldung zur Polysomnographie (PSG)** Datum: _____ Patient:innendaten: Familienname: Vorname: Straße, Hausnummer: PLZ: Ort: Tel.Nr.: SV-Nr./Geb.Dat.: Hat Patient:in bereits eine CPAP-Therapie? Ja □ Nein Bemerkungen: (z.B. spezielle Vorbereitung notwendig (Behinderung/Begleitperson)