

## Anmeldung ambulante Schlafmedizin

Schlafmedizin | T +41 55 418 58 11 | schlafmedizin@einsiedeln.ameos.ch

### Zuweiser

Name/Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Patient/Patientin

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Versicherung**      Allgemein      Halbprivat      Privat      Freie Arztwahl      Hausarzt-Modell  
**Zeitpunkt**      baldmöglichst      gelegentlich

### Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiser)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Indikation/Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medikamente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Schlafmedizinische Vorabklärungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Im Kontext wichtige Laborresultate

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_