



**Zuweisung Schlaflabor**

(per Fax an 07071-29-4356 oder Email an schlafmedizin@med.uni-tuebingen.de)

Datum: \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt (Tel.-Nr.): \_\_\_\_\_

**Patient:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich      Geburtsdatum: Tag: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Diagnosen/Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

O<sub>2</sub>-Bedarf:  nein  ja (wieviel? \_\_\_\_\_)

Nächtliche atemunterstützende Therapie:  nein ( CPAP  BIPAP  HighFlow)

Fragestellung: \_\_\_\_\_

Erwünschte Leistung: \_\_\_\_\_

Erwünschter Untersuchungsort:  Schlaflabor  Station, weil \_\_\_\_\_

**Kontakt Daten der Familie/Betreuer:**

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Handy-Nr. (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Bei Säuglingen (< 1 Jahr) zusätzlich:**

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Gramm

Gestationsalter: \_\_\_\_\_ Wochen

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_