



---

**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, nächtliche atemunterstützende Therapie:     nein     ja    ( CPAP     HighFlow     BIPAP)

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

Erwünschte Leistung: \_\_\_\_\_

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

**Kontaktdaten der Familie/Betreuer:**

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

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

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

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

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

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Gramm                      Gestationsalter: \_\_\_\_\_ Wochen

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

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