



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: _____

O₂-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: _____