

Zuweiser

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

Zentrum für Schlafmedizin

T 055 418 58 11

schlafmedizin@spital-einsiedeln.ch

Anmeldung ambulante Schlafmedizin

Name
Strasse/Nr.
PLZ/Ort
Krankenkasse

Vorname
Geburtsdatum
Telefon privat
Mobile

Versicherung

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemein | <input type="checkbox"/> Halbprivat | <input type="checkbox"/> Privat |
| <input type="checkbox"/> Freie Arztwahl | <input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell | |
| <input type="checkbox"/> baldmöglichst | <input type="checkbox"/> gelegentlich | |

Zeitpunkt

Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiser)

Indikation/Fragestellung

Diagnosen

Medikamente

Schlafmedizinische Vorabklärungen

Im Kontext wichtige Laborresultate

Bemerkungen