Helios

Anmeldung am Zentrum für interdisziplinäre Schlafmedizin

per Fax an: (0611) 577-7110 · **per E-Mail an:** schlafzentrum.wiesbaden@helios-gesundheit.de

Name:	______________________	Vorname:	______________________
Telefon:	______________________	ggf. E-Mail:	______________________

Verordnung von Krankenhausbehandlung: ☐ liegt bei ☐ wird nachgeschickt

Einweisungsgrund:

☐ obstruktive Schlafapnoe ☐ Insomnie (Ein- und Durchschlafstörungen)

☐ zentrale Schlafapnoe ☐ Restless Legs Syndrom

☐ Cheyne Stokes Atmung ☐ Tagesschläfrigkeit / Hypersomnie

☐ Narkolepsie ☐ andere Gründe: ______________________

Polygraphie (bei Schlafapnoe-Patienten) gemacht? ☐ liegt bei ☐ wird nachgeschickt

Begleiterkrankungen (sofern bekannt; Mehrfachnennungen möglich)

☐ chron. vent. Insuffizienz (PCO² > 45 mmHg, Tageswert)

☐ COPD GOLD III

☐ Herzinsuffizienz NYHA IV ☐ höhergradige Herzrhythmusstörungen

☐ chron. Niereninsuffizienz, Stadium 5

☐ schwere psychische Störung (schwere Depression, schwere Angststörung usw..)

☐ nächtliche Hypoventilation trotz PAP-Therapie

☐ Pflegegrad 3 und höher (ehem. Pflegestufe II nach SGB XI und höher)

in den letzten 4 Wochen:

☐ Z. n. Herzinfarkt ☐ Z. n. Schlaganfall

bei zentraler Schlafapnoe und/oder periodischer Atmung

☐ Z. n. Herzinfarkt ☐ Z. n. Schlaganfall

☐ Z. n. Lungenödem ☐ Z. n. Lungenembolie

Tätigkeit als Berufskraftfahrer(in) (Bus, Bahn, LKW, Gabelstapler, etc.)
oder berufsbedingt mit dem Auto unterwegs (Außendienst, o. ä.) ☐ Ja

Anmerkungen:

____

____

Ab hier durch Schlafzentrum auszufüllen!

- -

Kostenübernahmeerklärung (KoÜ) notwendig?

☐ Nein ☐ Ja: ____________________ Wenn ja, angefragt am __________

Termin vereinbaren?

☐ Ja, für ______ Nächte Wenn ja, Termin am ____________