

## Patientenanmeldung Schlaflabor

Fachkliniken Wangen  
Belegungsmanagement/Casemanagement  
Schlaflabor  
Am Vogelherd 14  
88239 Wangen

Platz für Ihren Arztstempel

**FAX-Nummer: 07522 797-1133**

### **Anmeldung: Schlaflabor**

Bitte Anmeldung, Arztbriefe und Vorbefunde  
(d. h. Polygraphie nicht älter als 6 Monate) faxen.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

(von Hand einzutragen)

Krankenkasse:	
Name, Vorname, Geb.-Datum	
Adresse:	
Kassen-Nr.	Vers.-Nr.

Telefonnummer des Patienten: \_\_\_\_\_

Beruf des Patienten: \_\_\_\_\_

**Pflegerischer Betreuungsbedarf:**  ja  nein Pflegegradstufe \_\_\_\_\_

Wenn ja:  Patient braucht Unterstützung bei der Körperpflege.

Patient braucht Unterstützung bei der Mobilität.

Auffälligkeiten bei der Kommunikation oder Orientierung.

Patient ist auf Rollstuhl angewiesen.

Sonstiges \_\_\_\_\_