



Überweisung zur schlafmedizinischen Abklärung/Therapie via Telemedizin

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Adresse

Versicherungsnummer
Krankenkasse

Telefon Privat/Geschäft

E-Mail

Zuweisender Arzt

Gewünschtes
Konsultationsdatum

Patient direkt einladen

Symptomatik (alles Zutreffende ankreuzen)

- Unklare Schlafstörung/Müdigkeit
- Anhaltende Ein- oder Durchschlafstörung
- Tagesschläfrigkeit mit oder ohne Schnarchen
- Schnarchen/unklare Atemstörung im Schlaf
- Störung des Vigilanz- und Wachzustandes
- Parasomnie/unübliches Verhalten im Schlaf
- Aufwachen mit Angst (inkl. Erstickungsangst)
- Schlafstörung bei anderer Erkrankung:

Gewünschte Leistung

- Schlafsprechstunde/allgemeine Beratung
 - Schlafdiagnostik (Polygraphie oder PAT basiert)
 - Initiale CPAP-Einstellung
 - Verlaufskontrolle bei CPAP-Therapie
 - Aktigraphie
 - Beratung Insomnie (Ein- und Durchschlafstörung)
 - Andere:
-

Voraussetzungen und Kontraindikationen für eine Anwendung von Telemedizin bei Schlafstörungen

Einwilligungsfähige Patienten über 18 Jahre.

Patient muss von einem Arzt (bevorzugt vom Hausarzt) mindestens einmal physisch gesehen worden sein. Keine instabile psychische oder physische Krankheitssituationen.

Ausreichende kognitive Leistung für eHealth-Anwendung und IT-Grundkenntnisse.

Sprache: Deutsch oder Englisch (andere Sprachen ggf. mit Dolmetscher).

Bemerkungen/Verdachtsdiagnosen

.....

.....

.....

Datum Zuweisender Arzt