

**An amb. Schlaflabor Lippstadt - Fax 02941-720125 o. [info@lunge-lippstadt.de](mailto:info@lunge-lippstadt.de) (als PDF)**  
Bitte die ambulante Polygraphie beilegen zur Einsicht

## **Anmeldung zur ambulanten Polysomnographie**

Ich bitte um einen Termin für o.g. Patienten zur ambulanten Polysomnographie.

Der Patient ist erreichbar unter

Tel: \_\_\_\_\_

### **Indikation zur Polysomnographie:**

- Screening mit eindeutigem Befund, Klare Indikation zur unmittelbaren CPAP Therapie
  - Screening mit leichtem bis mittelschwerem Befund, fragliche nCPAP–Indikation
  - Diskrepanz zwischen positiver Klinik und negativem Screening – Befund
  - Verdacht auf Schlafstörung vom Typ Restless-Legs-Syndrom
  - Kontrolle bei nCPAP Beatmung (nur Indikation für nicht-GKV-Versicherte n. BUB).
  - Schwierigkeiten / Probleme bei nCPAP Therapie und zwar
- 

Terminvergabe bitte:  schnellstens,  mittelfristig,  hat Zeit.

Wunschtermin wäre die \_\_\_\_\_ KW.  Kein Termin in der \_\_\_\_\_ KW

---

### **ANTWORT an Praxis \_\_\_\_\_ :**

Der o.g. Patient soll sich

Pat. wurde telef. Kontaktiert, Termin klar

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr melden

Pat. wurde angeschrieben, Bestätigung fehlt noch

im Schlaflabor

in der Praxis Dr. Schmatzler