

Zuweisung Swiss Sleep House Bern

Datum:.....

Patient/in

Name

Geburtsdatum

Adresse / Telefonnummer

Versicherungsmodell Standardmodell Hausarztmodell/HMO Telemed.-Modell

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin

Name

Adresse / Klinik

Telefon / Sucher

Verdachtsdiagnose

- Insomnie
 - Hypersomnie
 - Restless-Legs-Syndrom
 - Schlaf-Apnoe-Syndrom
 - Schlafmittel-Abusus
 - Parasomnie (Schlafwandeln, Pavor Nocturnus)
 - Störung des zirkadianen Rhythmus (Schichtarbeit, Jetlag)
 - Albträume
 - Andere:
- ➔ Bitte an Universitätsklinik für Pneumologie Inselspital

Hauptbeschwerden

- Schläfrigkeit / Müdigkeit
- Ein-/Durchschlafstörungen
- Abnormales Verhalten im Schlaf
- Andere:

Fragestellung / gewünschte Untersuchungen	
Klinische Angaben - Anamnese - Bisherige Untersuchungen - Dauer	
Komorbiditäten (insbes. Alkoholabhängigkeit, psychotrope Substanzen, psychische Erkrankungen, Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankung, Allergien)	
Medikamente	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine, Antidepressiva, Neuroleptika: <input type="checkbox"/> Bluthochdruckmittel: <input type="checkbox"/> Andere:
Labor	Vitamin D: TSH: Ferritin: CRP: Transferrinsättigung (TSAT):.....

Bitte senden an:

Universitätsklinik für Neurologie, Swiss Sleep House Bern, Freiburgstrasse 34, Haus 3, 3010 Bern
E-Mail: sleephouse@insel.ch

