|  |
| --- |
|  |
|  |

 **Faxformular zur direkten Schlaflaboreinweisung**

HNOeins Schlaflabor Aichach

Krankenhausstr. 11

86551 Aichach

 Tel: 08251/88 23 988

**Bitte per Fax an: 08251/ 89 49 884**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Patienten: |  |
| Versicherung:(Gesetzlich oder Privat) |  |
| Geburtsdatum des Patienten: |  |
| Telefonnummer des Patienten: |  |
| Besprechung: |  **o** bei HNOeins **o** beim Überweiser |
| Überweisende Praxis: | (Stempel) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Bitte vollständig ausgefüllt per Fax an 08251 89 49 884. Das Schlaflabor meldet sich unter der vom Patienten angegebenen Telefonnummer zur Terminvereinbarung.

**Bitte Befund der Polygraphieaufzeichnung des Patienten als Anhang mitsenden. Nur vollständig ausgefüllte Anfragen mit Polygraphie im Anhang werden berücksichtigt.**