

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 _____