



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 _____