



# Anmeldung im Schlaflabor

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Grund der Überweisung (s. Überweisungsschein):

---

---

---

---

Bitte mitbringen:

- Überweisung
- Befund Schlafapnoescreening bei vermuteter Schlafapnoe
- HNO-Befund, wenn vorhanden
- Medikamentenplan
- Vorbefunden

**Kontakt:**

Müritz Klinik

Am Seeblick 2

17192 Klink

Tel.: 49 3991 740442

Fax: 49 3991 740452

Email: [schlaflabor@mueritz-klinik.de](mailto:schlaflabor@mueritz-klinik.de)