



Anmeldung im Schlaflabor

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

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:

Müritzklinik

Am Seeblick 2

17192 Klink

Tel.: 03991/740 - 442

Fax: 03991/740 - 452

Email: schlaflabor@mueritz-klinik.de