

Anmeldung von Patienten im Schlaflabor Bethanien

Praxis (Stempel)



Schlaflabor Bethanien Solingen (stationär)

Schlaflabor Bethanien Langenfeld (ambulant)

Patientendaten:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Festnetz

Mobil

E-Mail-Adresse: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Gegen Covid-19 geimpft oder genesen + Impfung:

JA

NEIN

Diagnostik: JA NEIN

Kontrolle: JA NEIN

Therapie: _____ Druck: _____ mbar