



ZUWEISUNG ZUR PSG (FAX: 01/ 54605/ 1241)

Pat. Name:	_____		
Geb. Datum:	_____	Vers. + Nr.:	_____
Zusatzversicherung:	NEIN / JA	► übernimmt Kosten	NEIN / JA
Beruf:	_____		
Adresse:	_____		

Tel.:	_____		

Der Pat. wird für den PSG-Termin von uns kontaktiert werden.

Verdachtsdiagnose: _____

Ambulantes Monitoring: ► Durchgeführt am: _____

RDI: _____

Minimale Desat.: _____ %

Erforderliche Unterlagen: Lungen-FA Befund inkl. DL oder C/P, Monitoring Befund, Datenblatt der ges. Nacht, graphischer Ausdruck der Gesamtnacht und relevante Detailausdrücke (zB über 10 Min).

Zuweiser / Stempel

Datum