



TERMINVEREINBARUNG FÜR DIE SCHLAFAMBULANZ

NUR FÜR AMBULANTE PATIENTEN

Dieses Formular soll Ihnen die Terminvereinbarung erleichtern. Das Formular können Sie uns per Fax oder als PDF-Anhang per E-Mail senden. Mit Hilfe Ihrer Angaben werden wir einen Untersuchungstermin einplanen und uns umgehend mit Ihnen telefonisch in Verbindung setzen.

Fax: 030 - 450 513 958

E-Mail: schlaf.labor@charite.de

Patientendaten

Anrede / Titel

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Fax:

E-Mail

Krankenversicherung gesetzlich privat Selbstzahlung

Grund der Terminvereinbarung:

Erstvorstellung Wiedervorstellung

Insomnie, Ein-/Durchschlafstörung sonstige Fragestellung

Hypersomnie, Müdigkeit

Schlafapnoe, Atemaussetzer

RLS, Syndrom unruhiger Beine