CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum

Leiter Prof. Dr. med. Ingo Fietze

DGSM

Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum Campus Mitte
Luisenstr. 13 10117 Berlin

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: ambulanz-schlafzentrum@charite.de**

Patientendaten

Anrede / Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ **Fax:** _____

E-Mail _____

Krankenversicherung gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahlung ☐

Grund der Terminvereinbarung:

Erstvorstellung ☐ Wiedervorstellung ☐

Insomnie, Ein-/Durchschlafstörung ☐

Hypersomnie, Müdigkeit ☐

Schlafapnoe, Atemaussetzer ☐

RLS, Syndrom unruhiger Beine ☐

sonstige Fragestellung

Ihre Angaben werden vom Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrum der Charité ausschließlich zum Zweck der Terminplanung und -vorbereitung erhoben. Eine Weitergabe an andere Abteilungen oder Dritte erfolgt nicht. Das Formular wird nach der Bestätigung des Termins durch uns gelöscht bzw. vernichtet. Für weitergehende Hinweis zum Datenschutz der Charité sehen Sie bitte die Datenschutzerklärung auf der Webseite der Charité.