

**Zentrum für Schlaf- und Chronomedizin der Basler
Universitätskliniken**

Standort: Universitäre Psychiatrische Kliniken

Klinikleitung Klinik für Erwachsene:

Prof. Dr. med. Undine Lang

Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen:

Prof. Dr. med. Annette Brühl, Chefärztin

Leitung Schlaflabor: Dr. med. Helen Slawik

Technische Leitung: Vladimir Djurdjevic

Wilhelm Klein-Strasse 27

CH-4002 Basel

Tel. Schlaflabor +41 61 325 51 47

Tel. Sekretariat +41 61 325 50 97

schlaf@upk.ch

Anmeldung an:

UPK

Schlaflabor ZASS

Wilhelm Klein-Str. 27

CH-4002 Basel

schlaf@upk.ch

ANMELDUNG SCHLAFAMBULANZ

Patientenangaben:			
Name, Vorname:	Geb.Dat.:		
Strasse:	PLZ/Ort:		
Tel.:	Handy:	E-Mail:	
Grösse: cm	Gewicht: kg	BMI:	
Krankenkasse/Police-Nr.:			
HMO <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>			

Anmeldung zur Untersuchung:

- | | |
|---|---|
| Schlafmedizinisches Konsilium <input type="checkbox"/> | Multipler Schlaflatenz-Test (MSLT) <input type="checkbox"/> |
| Polysomnographie: Stationär <input type="checkbox"/>
(eine Nacht im Schlaflabor) | Aktigraphie <input type="checkbox"/> |
| Ambulante Polysomnographie <input type="checkbox"/> | Vorgespräch für stationäre
Insomnietherapie <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges <input type="checkbox"/> | |

Anamnese und Fragestellung:

Anmeldung Schlafambulanz ZASS_UPKE_FO		
Letzte Anpassung: 14.04.2022/man11	Freigabe durch: Haselbach, C.	03.03-009
Dokumenteneigner: Slawik, H.	Freigabedatum: 22.10.2013	01 02

Bekannte Diagnosen:

Medikation:

Zuweisender Arzt (Name, Vorname, Ort, Mailadresse):

Datum:

Unterschrift und Stempel: