

## Zuweisung **Schlaf-Wach-Abklärung**

### Patient

Name \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Adresse / Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Zuweisender Arzt

Name \_\_\_\_\_  
 Adresse / Klinik \_\_\_\_\_  
 Telefon / Sucher \_\_\_\_\_

### Verdachtsdiagnose

Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom                      Restless Legs Syndrom  
 Narkolepsie    Insomnie  
 andere:

### Hauptbeschwerden

Schläfrigkeit / Müdigkeit                                      Abnormales Verhalten im Schlaf  
 Ein-/Durchschlafstörungen                                      andere:

<b>Fragestellung / gewünschte Untersuchungen</b>	
<b>Klinische Angaben</b> - Anamnese - bisherige Untersuchungen	
<b>Medikamente</b>	

**Bitte senden an:**

Universitäres Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum SWEZ  
 Inselspital Bern, 3010 Bern                                      oder  
 FAX      031 632 94 48    oder      E-Mail [schlafmedizin@insel.ch](mailto:schlafmedizin@insel.ch)  
 Telefon: 031 632 30 54