

Patienten Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Beruf: _____

Zivilstand: _____ selbständig angestellt

Geschlecht: weiblich männlich

Kontaktperson, Telefon: _____

Zuweisender Arzt / Empfehlung durch: _____

Wer bezahlt die Kosten für Ihren Klinikaufenthalt?

Selbstzahler Kostenträger/Krankenversicherung

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr: _____

Unfallversicherung: _____ Mitglied-Nr., Schaden-Nr: _____

Arbeitgeber (bei unfallbedingter Behandlung zulasten UVG, wenn Geschäft = Versicherungsnehmer):

Versicherungsart - Bitte unbedingt aufführen!

Krankenkasse / Selbstzahler Privat Halbprivat Allgemein

Unfallversicherung IV MV UVG Privat Halbprivat Allgemein

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Verantwortung für alle von den Krankenkassen/Versicherungen nicht übernommenen Zahlungen selber zu übernehmen. Der Gerichtsstand in allen rechtlichen Angelegenheiten ist Zürich. Ich erteile die Erlaubnis, alle erforderlichen Daten an involvierte Fachpersonen wie Ärzte oder administrative Mitarbeiter unserer Klinik weiterzugeben zwecks Einholen von Kostengutachten, Rechnungsstellungen mit evtl. erforderlichen Inkasso und auch Austrittsberichte auf Ihren Wunsch hin zu versenden.

Klinik Professor Sailer AG

Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. mult. Hermann F. Sailer

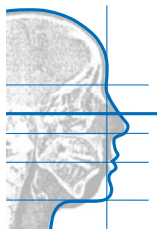
Spezialklinik für Gesichts-, Kiefer- und Oralchirurgie • Heuelstrasse 28 • 8032 Zürich • Schweiz

Tel. +41 43 555 80 90 • Fax +41 43 555 80 91 • www.sailerclinic.com • info@sailerclinic.com

Zentrum für Schnarchen und Schlafapnoe • Tel. +41 43 555 80 95 • www.schlafapnoe.com • dr.sailer@sailerclinic.com

Bank UBS AG Zürich, Schweiz • Bic/Swift: UBSWCHZH80A

Konto-CHF: IBAN: CH49 0022 5225 1106 2002 Z • Konto-EURO: IBAN: CH88 0022 5225 1106 2060 W



Anamnese I bei Schlafstörungen

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte entsprechende Symptome ankreuzen

- Starkes Schnarchen
- Atemstillstände
- Ständige Müdigkeit tagsüber
- Morgens unausgeschlafen
- Gelegentlicher Sekundenschlaf während:
 - während der Arbeit
 - bei Meetings
 - beim Autofahren
 - beim Fernsehen
- Häufiges nächtliches Wasserlassen
- Nächtliches starkes Schwitzen
- Atemnot bei kleinsten Anstrengungen
- Konzentrationsmangel
- Libidoverlust
- Bluthochdruck
- Gefässkrankheit
- Asthmatische Beschwerden
- COPD (chronische Lungenerkrankung)
- Diabetes
- Übergewicht
- Depressive Verstimmung
- Psychische Erkrankungen
- Bruxismus

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte alle aufzählen!

Nehmen Sie Drogen?

Ja Nein

Welche?

Wie viele Minuten dauert es bis Sie abends einschlafen?

Schlafen Sie alleine im Zimmer? Ja Nein

Hat Ihr Partner/Ihre Partnerin bei Ihnen Atempausen bemerkt? Ja Nein

Leiden Sie nachts an Bewegungsunruhe in Beinen, Armen, Rücken? Ja Nein

Wie schwer waren Sie vor einem Jahr?

Wie schwer waren Sie vor fünf Jahren?

Klinik Professor Sailer AG

Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. mult. Hermann F. Sailer

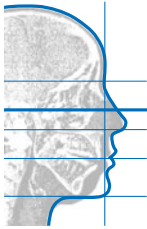
Spezialklinik für Gesichts-, Kiefer- und Oralchirurgie • Heuelstrasse 28 • 8032 Zürich • Schweiz

Tel. +41 43 555 80 90 • Fax +41 43 555 80 91 • www.sailerclinic.com • info@sailerclinic.com

Zentrum für Schnarchen und Schlafapnoe • Tel. +41 43 555 80 95 • www.schlafapnoe.com • dr.sailer@sailerclinic.com

Bank UBS AG Zürich, Schweiz • Bic/Swift: UBSWCHZH80A

Konto-CHF: IBAN: CH49 0022 5225 1106 2002 Z • Konto-EURO: IBAN: CH88 0022 5225 1106 2060 W



Anamnese II bei Schlafapnoe

Name _____ Geburtsdatum _____

Bitte entsprechendes ankreuzen

Wie wurde bei Ihnen Schlafapnoe festgestellt?

- durch eine Polygraphie (Gerät zuhause?)
- im Schlaflabor
- Hatten Sie bereits chirurgische Eingriffe?

welche? _____

wann? _____

- Rauchen Sie?

Seit wann haben Sie Symptome bemerkt? _____

Welche Symptome haben Sie bemerkt? _____

Welche Therapiemassnahmen wurden bereits getroffen?

- CPAP
- Protrusionsschiene
- Gewichtsabnahme
- Andere _____

Erhebungsbogen für die Krankenkasse

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Datum: Patientennamen:

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken**
- 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③ ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	
Summe	