

## SCHLAFLABORANMELDUNG

Angemeldet am: \_\_\_\_\_ Durch: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung:  ja  nein

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Beruf: \_\_\_\_\_

**Chefarzt Dr. med. Hartmut Grüger**  
FA für Innere Medizin  
und Pneumologie,  
Allergologie, Schlafmedizin,  
QN Somnologie (DGSM)

**Dr. med. Charles Lange MBA**  
FA für Innere Medizin,  
Pneumologie,  
Allergologie, Schlafmedizin,  
QN Somnologie (DGSM)

Luise-Rainer-Str. 6-10  
40235 Düsseldorf

phone +49 (0) 211 447 741 00  
fax +49 (0) 211 447 741 99

info@klinik-fuer-schlafmedizin.de  
www.klinik-fuer-schlafmedizin.de

Terminvereinbarung:  
Montag-Freitag  
von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr

## Gewünschte Untersuchung (Bitte ankreuzen)

Ambulantes Monitoring

Erstdiagnostik

Kontrolle

Bemerkungen/Verdachtsdiagnose:

---

---

Steuernummer.: 122/5744/5173

Handelsregisternummer  
Amtsgericht Neuss HR B 17108

Bankverbindung:  
Apobank Düsseldorf  
IBAN DE 10 30060601 01040 59153  
BIC DAAEDEDXXX

Institutionskennzeichen (IK):  
260513442

