

Johannes Keller
Große Gartenstraße 9
27356 Rotenburg



SOMNO-CHECK

Patient/in: _____ Datum: _____

PC Nr.: _____ # _____ Geschlecht: Männlich Weiblich

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm

Telefon: _____ Gewicht: _____ kg

Anschrift: _____ RR: _____ mmHg

_____ O²Sättigung: _____ %

Hausarzt: _____ Puls: _____ spm

Überw. Arzt: _____ Chemo-/Strahlentherapie: Ja Nein

CPAP Druck: _____ mbar Sekundenschlaf: Ja Nein

CPAP Stundenanzahl: _____ h Beruf: _____

Zubettgehzeit: ca. _____ Uhr Aufstehzeit: ca. _____ Uhr

Schlafbeurteilung: _____