



## Fragebogen zur Reevaluation von AfaS-zertifizierten Schlaflaboren

Name des Schlaflabors .....  
Straße .....  
PLZ u. Ort .....  
Tel.-Nr .....  
Fax .....  
email .....  
homepage ..... www.....

### 1. Personelle Ausstattung

Verantwortlicher ärztlicher Leiter:.....  
seit.....  
Fachgebiet:.....  
Mitglied der Afas ( ) ja ( ) nein Zusatzbezeichnung Schlafmedizin ( )ja ( )nein  
Somnologe Afas ( ) ja ( ) nein Somnologe DGSM ( ) ja ( ) nein

Stellvertretender Leiter:.....  
seit.....  
Fachgebiet:.....  
Mitglied der Afas ( ) ja ( ) nein Zusatzbezeichnung Schlafmedizin ( )ja ( )nein  
Somnologe Afas ( ) ja ( ) nein Somnologe DGSM ( ) ja ( ) nein

Medizinische/r Schlaflaborassistent/in.....  
seit.....  
Qualifikation:.....

Medizinische/r Schlaflaborassistent/in.....  
seit.....  
Qualifikation:.....

Medizinische/r Schlaflaborassistent/in.....  
seit.....  
Qualifikation:.....

### 2. Ablauf

2.1. Wie wird die schlafmedizinische Ambulanz durchgeführt?

- ( ) in der angeschlossenen Praxis
- ( ) im Schlaflabor selbst
- ( ) andere Durchführung: .....

an welchen Tagen: ..... Uhrzeit: .....

2.2. Anzahl der Untersuchungen in den letzten 12 Monaten

Diagnostische Polysomnographien:.....

Diagnostische Polygraphien:.....

Polysomnographie mit CPAP/BIPAP.....

Polygraphie mit CPAP/BIPAP:.....

An wie vielen Nächten/Woche wird gemessen?...../Woche

2. 3. Ärztlicher Bereitschaftsdienst in der Nacht durch

.....

im Schlaflabor

in der angeschlossenen Praxis

im angeschlossenen Krankenhaus

.....

erreichbar über:

Handy

Telefon

.....

3. Ausstattung des Schlaflabors

3.1. Geräte

	Anzahl	Geräte-Typ
Polysomnograph		
Polygraph		
CPAP/BIPAP-Einstellplätze		

3.2. Räumlichkeiten

Zahl der Schlaflabormessplätze:.....

4. Testdiagnostik

Vigilanztest-Bogen  Epworth-Sleepiness  .....

Abendfragebogen: .....

Morgenfragebogen:.....

5. Dokumentation

Vorbefunde/Anamnese

Separate Schlaflabor-Akte

über Praxis-PC-System

.....

Polysomnographie-Befund

Ausdruck in der Akte

Befunddaten-Übernahme in das Praxis-PC-System

.....

6. Abrechnung

über Einzelkostenzusage ca. .... %

Privatabrechnung ca. ....%

integrierte Versorgung ca. ....%

EBM Ziffer .....

andere:.....

7. Wichtige Änderungen seit der Zertifizierung des Schlaflabors/letzte Reevaluation:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Datum

.....  
Schlaflaborleiter

.....  
stellvertretender Schlaflaborleiter