

# Fragebogen zur Reevaluation des Schlaflabors - 2007

Bitte alle Felder in Blockschrift ausfüllen

**A) ANSCHRIFT und PERSONAL:**

**1. Name des Labors** .....

(so wird Ihr Labor in der DGSM-Liste geführt) .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Telefon-Nr.: .....

Fax-Nr.: .....

E-Mail-Adresse: .....

Homepage-Adr.: .....

Stempel

**2. Leitung des Labors:**

		Mitglied DGSM			Somnologe DGSM			Zusatzbez. Schlafmedizin (ÄK)			Im SL tätig seit Jahr
		ja	nein	beantragt	ja	nein	beantragt	ja	nein	beantragt	z.B. 2001
Klinik-leiter/in	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ärztl. Schlaflabor-leiter/in	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verantwortl. für med. Belange	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 3. Dienste

a) Gibt es eine KV-zugelassene Schlafambulanz? ja  nein

b) An welchen Tagen und in welchem Zeitraum wird die Schlafambulanz geführt?

.....

c) Wie viele **Polysomnographien** haben Sie im letzten Jahr durchgeführt?

Anzahl der Polysomnographien

d) Wie viele **Polysomnographieplätze** haben Sie und mit welchen Geräten sind diese ausgestattet?

Anzahl	Gerät (Typ, Firma)

e) Wie viele **Messungen mit ambulanten Systemen** haben Sie im letzten Jahr durchgeführt?

Anzahl der Messungen:

f) Wie viele und welche **ambulanten Systeme** und **Polygraphen** stehen Ihnen zur Verfügung?

Anzahl	Gerät (Typ, Firma)

g) Welche **Zusatzgeräte** setzen Sie bei der Diagnostik ein?

Anzahl	Gerät (Typ, Firma)

#### 4. Mitarbeiter

Bitte führen Sie Ihren derzeitigen Personalschlüssel in Ihrem **Schlaflabor** auf:

Personal	Gesamtanzahl der Stellen	Wochenstunden (Summe)	Im Schlaflabor tätig seit:
Ärztinnen/Ärzte			
Psychologinnen/ Psychologen			
Technik			
MTA			
Nachtdienst			
Krankenschwester / Pfleger, Arzthelferin			
Sonst. Mitarbeiter			

Wie wird die Qualität der Schlaflaboruntersuchungen gewährleistet?

.....

.....

.....

.....

Werden bei Ihnen digitale Patientenakten geführt?

ja                       nein

Ist Ihr Polysomnographiesystem mit dem Krankenhausinformationssystem verbunden?

ja                       nein

**B) PATIENTEN/INNEN:**

Wie ist die derzeitige Verteilung der Patienten auf die Diagnosen des ICSD? Wie viele werden als Therapien geführt und wie viele Kontrolluntersuchungen führen Sie stationär und ambulant durch?

ICSD- Verschlüsselung	Anzahl der Fälle im vergangenen Jahr					
	Diagnose ambulant	Diagnose stationär	Therapie ambulant	Therapie stationär	Kontrolle ambulant	Kontrolle stationär
Insomnie						
Schlafbez. Atmungsstörungen						
Hypersomnie ohne SBAS (Narkolepsie)						
Zirkadiane Schlafstörungen						
Parasomnien (Alpträume, Schlafwandeln)						
Schlafbezogene Bewegungsstör. (PLM/RLS)						
andere Norm- varianten, sonst. Schlafstörungen						

- Wartezeit für ambulante Diagnostik:..... Wochen
- Wartezeit für stationäre Diagnostik:..... Wochen

**C) RÄUMLICHKEITEN:**

**1. Räumliche Ausstattung**

Wie viele Räume stehen Ihnen für die Schlafuntersuchungen (PSG) zur Verfügung?

--	--

Wie viele Ableitungszimmer sind für die Tagesuntersuchungen (MSLT, Vigilanztest) geeignet (verdunkelbar, geräuschabgeschirmt)?

--	--

**D) FRAGEBÖGEN, TESTS, SCHLAFTAGEBÜCHER:**

Welche Fragebögen/Tests benutzen Sie in der Routine?

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

Welche Fragebögen/Tests setzen Sie gelegentlich ein?

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

**E) Welche Abrechnungsmodalitäten mit den Kassen kommen vor  
(DRG, Einzelabrechnung, Sonderentgelt)?**

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

**F) Sonstige wichtige Änderungen im Labor (z. B: Wechsel der Leitung, Umzug):**

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

Datum, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klinikleiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift SL-Leiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verwaltungsleiter