An das Präsidium

der Schweiz. Gesellschaft für Schlafforschung,

Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC/SSSSC)

# Antrag zur Anerkennung als Zentrum für Schlafmedizin

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort: |  | Datum: |  |

## 1. Institution:

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung des Zentrums  Für Schlafmedizin: |  |
|  |  |
| Institution: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| PLZ/Ort/Kanton: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

## 2. Antragsteller/in / Ärztlicher/e Leiter/in des Zentrums:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Akademische(r) Titel: |  |
| Adresse (sofern nicht identisch mit Institution): |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

### Akademische Diplome / Titel (Punkt 2.2.1.1 der Richtlinien):

### (Kopien aller Diplome beilegen)

|  |  |
| --- | --- |
| Schweizerisches Arztdiplom oder schweizerische Anerkennung (Datum, Ort): |  |
| Dissertation (Datum, Ort, Titel): |  |
| Allfällige weitere akademische Diplome oder Titel (Datum, Ort): |  |
| Schweizerischer Facharzttitel/Äquivalenztitel/  (Kinder- Jungendmedizin mit Schwerpunkt)  Neurologie (Neuropädiatrie) (Datum, Ort)  oder (pädiatrische) Pneumologie (Datum, Ort)  oder Psychiatrie/Psychotherapie (Datum, Ort): |  |
| Fähigkeitsausweis für Schlafmedizin der SGSSC (Datum, Nr.): |  |

### Postgraduale Weiterbildung des Leiters eines Zentrums für Schlafmedizin

### (Punkt 2.2.1.2 der Richtlinien):

### Postgraduale Weiterbildung der *Kategorie A* der Schweiz oder äquivalentes Zentrum im Ausland:

### (Mindestens 12 Monate in Vollzeit, Bestätigungen der Ausbildungsleiter beiliegend )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum  (TT/MM/JJJJ) – (TT/MM/JJJJ) | Name/Adresse des Zentrums/Institution | Stellung, Tätigkeit  (genaue Bezeichnung, zB Assistenz/Oberarzt/ärztin, Volontär/in, Forschung, klinische Medizin, Praxis) | Monate |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### Postgraduale Weiterbildung der *Kategorie B* der Schweiz oder äquivalentes Zentrum im Ausland:

### (Total Kategorie A und B mindestens 24 Monate in Vollzeit, Bestätigungen der Ausbildungsleiter beiliegend)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum  (TT/MM/JJJJ) – (TT/MM/JJJJ) | Name/Adresse des Zentrums/Institution | Stellung, Tätigkeit  (genaue Bezeichnung, zB Assistenz/Oberarzt/ärztin, Volontär/in, Forschung, klinische Medizin, Praxis) | Monate |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### Ambulante Sprechstunden oder Beratungstätigkeit im Spitalumfeld

### (Punkt 2.2.1.3 der Richtlinien):

### (Die Berichte müssen auf Anfrage geordnet nach Krankheit vorgewiesen werden können mit Unterschriften des Antragstellers/Ausbildungsleiters)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankheit | Anzahl Beratungen/Institution | Bestätigung des/der Ausbildungsleiter/s (Unterschriften) |
| **Insomnien (>40)** |  |  |
| **Schlafbezogene Atemstörungen (> 40)** |  |  |
| **Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs (>40)** |  |  |
| **Schlafbezogene Bewegungsstörungen (>40)** |  |  |
| **Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-störung (>20)** |  |  |
| **Parasomnien (>20)** |  |  |
| **Total (> 400):** |  |  |

### Polysomnographien mindestens 200 mit folgender Aufschlüsselung

### (Punkt 2.2.1.4 der Richtlinien):

(Die Berichte müssen gemäss der untenstehenden Liste auf Anfrage vorgewiesen werden können mit Unterschrift des Antragstellers/Ausbildungsleiters)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indikation  **Verdacht auf schlafbezogene Atemstörung (> 20)** | Nr. | Untersuchungsdatum | Initialen Nachname.Vorname. | Geburtsdatum |
|  | 1 |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |
|  | 15 |  |  |  |
|  | 16 |  |  |  |
|  | 17 |  |  |  |
|  | 18 |  |  |  |
|  | 19 |  |  |  |
|  | 20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indikation:  **Verdacht auf schlafbezogene Bewegungsstörungen (> 20)** | Nr. | Untersuchungsdatum | Initialen Nachname.Vorname. | Geburtsdatum |
|  | 1 |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |
|  | 15 |  |  |  |
|  | 16 |  |  |  |
|  | 17 |  |  |  |
|  | 18 |  |  |  |
|  | 19 |  |  |  |
|  | 20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indikation:  **Verdacht auf Hypersomnie zentralvenösen Ursprungs (> 20)** | Nr. | Untersuchungsdatum | Initialen Nachname.Vorname. | Geburtsdatum |
|  | 1 |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |
|  | 15 |  |  |  |
|  | 16 |  |  |  |
|  | 17 |  |  |  |
|  | 18 |  |  |  |
|  | 19 |  |  |  |
|  | 20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indikation:  **Verdacht auf Parasomnie**  **(> 20)** | Nr. | Untersuchungsdatum | Initialen Nachname.Vorname. | Geburtsdatum |
|  | 1 |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |
|  | 15 |  |  |  |
|  | 16 |  |  |  |
|  | 17 |  |  |  |
|  | 18 |  |  |  |
|  | 19 |  |  |  |
|  | 20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total (> 200)** |  |  |  |  |

### Bitte bei Bedarf Listen verlängern!

### Kenntnisse in der eigenen Fachrichtung (Punkt 2.2.1.5 der Richtlinien):

### (Die Berichte müssen auf Anfrage geordnet gemäss folgender Aufstellung mit Unterschriften des Antragstellers/Ausbildungsleiters vorgewiesen werden können)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin Pneumologie** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| CPAP Therapie (240) |  |  |  |
| Heimventilation (20) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin Neurologie** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| Hypersomnie |  |  |  |
| Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen |  |  |  |
| Parasomnien/Epilepsien |  |  |  |
| Schlafbezogene Bewegungsstörungen |  |  |  |
| **Total (>120 Pat.)** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin Psychiatrie/Psychotherapie** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| Anerkannte Insomnie-Therapie (80) |  |  |  |

**Kenntnisse in anderen Fachrichtungen** (Punkt 2.2.1.6 der Richtlinien):

### (Die Berichte müssen auf Anfrage geordnet gemäss folgender Aufstellung mit Unterschriften des Antragstellers/Ausbildungsleiters vorgewiesen werden können)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin Pneumologie** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| EEG mit Epilepsie (10) |  |  |  |
| Insomnie-Therapiesitzung (10) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin Neurologie** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| CPAP-Titration/Einstellung (10) |  |  |  |
| Insomnie-Therapiesitzung (10) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin Psychiatrie/Psychotherapie** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| EEG mit Epilepsie (10) |  |  |  |
| CPAP-Titration/Einstellung (10) |  |  |  |

Bitte bei Bedarf Listen verlängern!

### Durchführung/Auswertung von Vigilanztest (Punkt 2.2.1.7 der Richtlinien) und Aktimetrie (Punkt 2.2.1.8 der Richtlinien):

### (Die Berichte müssen auf Anfrage geordnet gemäss folgender Aufstellung mit Unterschriften des Antragstellers/Ausbildungsleiters vorgewiesen werden können)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vigilanzteste** | Anzahl | Institution | Bestätigung/Unterschrift  Ausbildungsleiter |
| Praktische Durchführung MSLT (5) |  |  |  |
| Praktische Durchführung MWT (5) |  |  |  |
| Auswertung /Dokumentation MSLT (30) |  |  |  |
| Auswertung/Dokumentation MWT (30) |  |  |  |
| **Aktimetrie (20)** |  |  |  |

**Allfällige Publikationen im Bereich Schlafmedizin: Literaturliste beilegen**

## Ort, Datum…………………….. Unterschrift:………………………………………..

## 3. Mitarbeitende (nicht-ärztliche Somnologen/innen)

## (Punkt 2.2.2. der Richtlinien):

### Bitte Seite kopieren und Abschnitt 3 für jede(n) Mitarbeiter/in separat ausfüllen (Seiten a, b, c, etc).

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Berufsbezeichnung / Titel: |  |
| Funktion: |  |
| Adresse (sofern nicht identisch mit Institution): |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

### Diplome / Titel:

|  |  |
| --- | --- |
| Diplom/Titel (Datum, Ort): |  |
|  |  |
| Zertifikat der SGSSC (Datum, Nr.): |  |

Ausbildung und berufliche Tätigkeit:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum  (von, bis) | Institution, Abteilung | Stellung, Tätigkeit  (genaue Bezeichnung, klinische Medizin, Praxis, etc.) |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Ort, Datum…………………….. Unterschrift:………………………………………..

## Laboranten (Punkt 2.2.3. der Richtlinien): Gesamtzahl: …………

### Bitte Seite kopieren und Abschnitt für jede(n) Mitarbeiter/in separat ausfüllen (Seiten a, b, c, etc).

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Berufsbezeichnung / Titel: |  |
| Funktion: |  |
| Adresse (sofern nicht identisch mit Institution): |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

### Diplome / Titel:

|  |  |
| --- | --- |
| Diplom EPTA (Datum, Ort): |  |
| Diplom MPA (Datum, Ort): |  |
| Diplom Krankenpflege (Datum, Ort): |  |
| Diplom Physiotherapie (Datum, Ort): |  |
|  |  |
| PSG-Techniker ESRS (Datum, Ort): |  |

## Bestätigung des Leiters/der Leiterin:

## Ort, Datum: …………………….. Unterschrift: ……………………………………..

## 4. Interdisziplinäres Team (Punkt 2.5. der Richtlinien): Gesamtzahl: ............................

Je mindestens ein/e Vertreter/in der Disziplinen „Neurologie“ (mit EEG-Zertifikat), „Pneumologie“ (mit Zertifikat Respiratorische Polygraphie), „Psychiatrie/Psychotherapie“.

Fakultativ Vertreter der Disziplinen „HNO“ (mit Zertifikat Respiratorische Polygraphie), „Innere Medizin“, „Kiefer- und Gesichtschirurgie“, „Pädiatrie“ etc.

Die Diplome sind beizulegen!

Bitte Seite kopieren und Abschnitt für jedes Teammitglied separat ausfüllen, ev. Zusatzblätter verwenden (Seiten a, b, etc).

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Akademische(r) Titel: |  |
| Facharzttitel FMH  (oder Äquivalent): |  |
| Fähigkeitsausweis der SGSSC (Datum, Nr.) |  |
| Adresse (sofern nicht identisch mit Institution): |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

### Ausbildung / Tätigkeit in Schlafmedizin in von SGSSC anerkannter Weiterbildungsstätte A oder B oder äquivalente ausländische Institution:

(Bestätigung des Ausbildungsleiters sind beizulegen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum  (TT/MM/JJJJ) – (TT/MM/JJJJ) | Name/Adresse des Zentrums/Institution | Stellung, Tätigkeit  (genaue Bezeichnung, zB Assistenz/Oberarzt/-ärztin, Volontär/in, Forschung, klinische Medizin, Praxis) | Monate |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Bestätigung des Konsiliararztes/-ärztin über Richtigkeit der Angaben:

## Ort, Datum…………………….. Unterschrift/Stempel:…………………5. Schlaflabor

Bei mehreren Labors/Standorten bitte Seiten kopieren 6 für jedes Labor getrennt ausfüllen (Seiten a, b, etc).

### Lokalisation:

|  |  |
| --- | --- |
| Standort/Adresse (sofern von Hauptadresse abweichend): |  |
| Gebäude, Stockwerk: |  |

Patientenableiträume:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grundfläche (gesamt): |  | m2 |  |
| Schallisolation: | ja | nein |  |
| Verdunklung: | ja | nein |  |
| Audiovisuelle  Überwachungsanlage: | ja | nein |  |
| Notrufmöglichkeit: | ja | nein |  |
| Notfallorganisation liegt vor: | ja | nein |  |

Überwachungsraum:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grundfläche: |  | m2 |  |
| Direkter Zugang zum Patientenableitraum: | ja | nein |  |
| Telefon, Notrufmöglichkeit: | ja | nein |  |
| Notfallorganisation liegt vor: | ja | nein |  |

## 6. Polysomnographie und weitere Untersuchungstechniken

## (Punkte 2.3.2.1 bis 2.3.2.4 der Richtlinien):

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Messplätze: |  |
| Anzahl Messplätze (pro Laborant/in): |  |
| Anzahl Laboranten/innen, die bei Polysomno-graphien/MSLT permanent anwesend sind: |  |
| Anzahl Polysomnographien (sofern Schlaflabor in Betrieb, mindestens 100/Jahr): |  |
| Jahr / Anzahl: |  |
| Jahr / Anzahl: |  |
| Messsysteme (Handelsname, kurze Beschreibung): |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Messplatz: |  | 1 |  | 2 | |  | 3 |  | 4 |  | 5 | |
| EEG  (max. Anzahl Ableitungen): |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| EOG  (max. Anzahl Ableitungen): |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| EMG  (max. Anzahl Ableitungen): |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | Ja/Nein |  | Ja/Nein | |  | Ja/Nein |  | Ja/Nein |  | Ja/Nein | |
| Körperposition: |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| Pulsoxymetrie: |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| Atemeffort (2 Kanäle): |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| Atemfluss (qualitativ): |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| Schnarchgeräusche: |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| EKG: |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| Audiovisuelle Überwachung: |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| MSLT Durchführung möglich: |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| Allfällige Optionale Kanäle bei der Polysomnographie:  1. | | | | |  | | | | | | |
| 2. | | | | |  | | | | | | |
| 3. | | | | |  | | | | | | |
| 4. | | | | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Respiratorische Polygraphie:** (Handelsname) |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pulsoxymetrie:** (Handelsname) |  |
| **Aktimetrie:** (Handelsname) |  |
| **Allfällige weitere Untersuchungstechniken:** |  |
|  |  |

## 7. Ambulante Sprechstunde

Anzahl Konsultationen (sofern Schlaflabor bereits in Betrieb)

|  |  |
| --- | --- |
| Jahr / Anzahl: |  |
| Jahr / Anzahl: |  |

## 8. Bestätigung

Wir bestätigen hiermit, dass die Angaben in diesem Antrag vollständig und wahrheitsgetreu sind und dass die „Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin zur Durchführung von Polysomnographien“ in allen Punkten erfüllt sind.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Name des Leiters/der Leiterin des Zentrums für Schlafmedizin: |  |
|  |  | Unterschrift: |  |
|  |  | Fachdisziplin: |  |

**Interdisziplinäres Team von Ärzten/Ärztinnen der anderen Fachdisziplinen (mit Leiter alle 3 Disziplinen Neurologie, Pneumologie und Psychiatrie/Psychotherapie mit je einem Vertreter)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Name, Unterschrift: |  |
|  |  | Fachdisziplin: |  |
| Ort, Datum: |  | Name, Unterschrift: |  |
|  |  | Fachdisziplin: |  |