



Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Aufklärungsdatum:	
Aufklärende Fachkraft:	

1. Was ist eine Polysomnographie (PSG)?

Die Polysomnographie ist die umfassendste Methode zur Untersuchung Ihres Schlafs. Sie wird im Schlafzentrum Burgwedel unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. Christian Sutor durchgeführt und zeichnet über die gesamte Nacht verschiedene Körperfunktionen auf. Ziel ist es, Schlafstörungen wie obstruktive Schlafapnoe, Schnarchen, Restless-Legs-Syndrom oder Narkolepsie zu diagnostizieren.

2. Was wird gemessen?

- EEG (Elektroenzephalogramm) – Hirnströme zur Bestimmung der Schlafstadien
- EOG (Elektrookulogramm) – Augenbewegungen (REM-Schlaf-Erkennung)
- EMG (Elektromyogramm) – Muskelaktivität an Kinn und Beinen
- EKG (Elektrokardiogramm) – Herzrhythmus und Herzrate
- Atemfluss – Messung der Atemluftströmung an Nase und Mund
- Atemgurte – Atembewegungen von Brust und Bauch
- Sauerstoffsättigung (SpO2) – Sensor am Finger
- Körperlage – automatische Erkennung der Schlafposition
- Mikrofon – Aufzeichnung von Schnarch- und Atemgeräuschen
- Videoüberwachung – Infrarotkamera zur Beobachtung von Schlafbewegungen

Alle Messungen sind nicht-invasiv (keine Nadeln, kein Blut). Elektroden werden mit hautfreundlichem Gel oder Klebeband befestigt – schmerzlos.

3. Ablauf der Untersuchungsnacht

Uhrzeit	Ablauf
ab 20:00 Uhr	Ankunft und Empfang, Begrüßung durch das Fachpersonal
	Anlegen der Elektroden und Sensoren, Erklärung der Messgeräte
ab 22:00 Uhr	Licht aus – Beginn der Schlafaufzeichnung
	Sie schlafen – das Fachpersonal überwacht die Messung kontinuierlich
ab 05:00 Uhr	Sanftes Wecken, Entfernen der Elektroden

Uhrzeit	Ablauf
Bis 06:15Uhr	Abreise

4. Was sollten Sie mitbringen?

- Bequeme, lockere Schlafkleidung (Pyjama, Schlafanzug)
- Persönliche Hygieneartikel
- Bei Bedarf können Sie gern Ihr eigenes Kopfkissen mitbringen

5. Am Untersuchungstag beachten

- Möglichst auf Alkohol und Betäubungsmittel verzichten
- Kein Koffein ab 14:00 Uhr (kein Kaffee, Tee, Cola, Energy Drinks)
- Keine Schlafmittel (sofern nicht ärztlich verordnet)
- Haare waschen – keine Haargele oder Öle auf der Kopfhaut
- Keine fetthaltigen Cremes auftragen
- Normale Abendmahlzeit ist möglich
- Keine Gel-Nägel oder rot lackierte Fingernägel
- Das Laden elektronischer Geräte ist im Zimmer nicht möglich

6. Risiken und Nebenwirkungen

Die PSG ist eine sichere, nicht-invasive Methode ohne Strahlenbelastung. Mögliche geringe Unannehmlichkeiten:

- Leichte Hautreizungen an Elektrodenstellen
- Einschlafstörung durch ungewohnte Umgebung
- Klebstoffreste auf der Haut

Die Untersuchung kann jederzeit auf Ihren Wunsch hin abgebrochen werden. Bitte informieren Sie das Fachpersonal.

7. Datenschutz & Videoüberwachung

Zur Überwachung Ihrer Schlafbewegungen wird eine Infrarotkamera eingesetzt. Alle Daten werden gemäß DSGVO und BDSG verarbeitet. Verantwortlicher Arzt: Dr. med. Christian Sutor.

- Zugriff nur für befugtes medizinisches Personal und Ihren behandelnden Arzt
- Videoaufnahmen werden nach Auswertung gelöscht
- Weitergabe an Dritte nur mit Ihrer Einwilligung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtung
- Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung (Art. 15–18 DSGVO)

8. Auswertung & Befund

Die Auswertung erfolgt unter der ärztlichen Verantwortung von Dr. med. Christian Sutor. Der Befund wird an Ihren zuweisenden Arzt übermittelt. Über Ergebnisse und Therapieempfehlungen informiert Sie Dr. med. Christian Sutor oder Ihr Hausarzt.



Nächster Schritt nach Ihrer Untersuchung

VOR Ihrer Entlassung bitten wir Sie, sich zeitnah, d.h. um die Mittagszeit desselben Tages einen Termin für eine **Video-Sprechstunde** bei Dr. med. Christian Sutor eintragen zu lassen.

Praxis Dr. med. Christian Sutor

Hauptstr. 61 und Hannoversche Str. 4b, 30938 Burgwedel



praxis-region-hannover.de



05139 / 3033 und 1007 | Fax: 05139 / 4569



Einwilligungserklärung

Ich, die/der Unterzeichnende, bestätige hiermit:

A – Aufklärung & Verständnis

- ☐ Ich habe den Patientenaufklärungsbogen vollständig gelesen und verstanden.
- ☐ Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- ☐ Ich wurde über Ablauf, Zweck, Risiken und Alternativen der Untersuchung informiert.
- ☐ Ich weiß, dass ich die Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.

B – Einwilligung in die Untersuchung

- ☐ Ich willige freiwillig in die Durchführung der Polysomnographie (PSG) im Schlafzentrum Burgwedel ein.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsdaten (EEG, EKG, Atemparameter, SpO2 etc.) gespeichert und medizinisch ausgewertet werden.

C – Videoüberwachung

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Schlafbewegungen mittels Infrarotkamera aufgezeichnet werden (ausschließlich medizinische Diagnostik).
- ☐ Ich bin NICHT damit einverstanden, dass Videoaufnahmen erstellt werden. (Bitte Fachpersonal informieren.)

D – Datenschutz (DSGVO)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Diagnose gespeichert und an Dr. med. Christian Sutor sowie meinen zuweisenden Arzt weitergeleitet werden.
- ☐ Ich wurde über meine Rechte gemäß DSGVO informiert (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Art. 15–18).

E – Schweigepflichtentbindung (freiwillig)

Ich entbinde das Schlafzentrum Burgwedel / Dr. med. Christian Sutor von der Schweigepflicht gegenüber:

Name / Institution:	
Verhältnis:	
Kontakt:	

Diese Entbindung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

F – Ausfallhonorar bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen

Die für Sie vereinbarten Untersuchungs- und Behandlungstermine werden ausschließlich für Sie reserviert. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, bitten wir Sie, diesen spätestens **24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** telefonisch unter [05139 3033](tel:051393033) oder per E-Mail an info@praxis-burgwedel.de abzusagen.

Erfolgt die Absage **weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** oder erscheinen Sie **ohne vorherige Absage** nicht zu Ihrem Termin, behalten wir uns vor, Ihnen ein **Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 €** in Rechnung zu stellen.

In begründeten Ausnahmefällen, in denen Sie die kurzfristige Absage oder das Nichterscheinen nicht zu vertreten haben, kann von der Berechnung des Ausfallhonorars abgesehen werden.

Mit Ihrer Terminvereinbarung erklären Sie sich mit dieser Regelung einverstanden.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Name Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift: Dr. med. Christian Sutor / Fachkraft

Original verbleibt in der Patientenakte. Eine Kopie erhält der/die Patient/in. | Schlafzentrum Burgwedel | Dr. med. Christian Sutor