

Patientenanmeldung zur Aufnahme oder ambulanten Untersuchung im Kantonsspital Luzern

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Klinik | <input type="checkbox"/> Augenklinik | | |
| <input type="checkbox"/> Abt. Hand- und plast. Chirurgie | <input type="checkbox"/> Frauenklinik | | |
| <input type="checkbox"/> Abt. Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Kinderklinik | <input type="checkbox"/> Pädiatrie | <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Ambulanz | <input type="checkbox"/> Medizinische Klinik** | für amb. Untersuchung: Abteilung _____ | |
| <input type="checkbox"/> Urologische Klinik | <input type="checkbox"/> Klinik für Hals-, Nasen-,
Ohren- und Gesichtschirurgie | | |
| <input type="checkbox"/> Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgie | | | |
| <input type="checkbox"/> Orthopädische Klinik | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik | | |

Ich bitte um ambulante Kontrolle Notfall bald gelegentlich
 stationäre Aufnahme

auf **Allgemeinabteilung** **2er Privat** **1er Privat**

Name	Vorname	♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>	Jahrgang	Strasse	Wohnort

aufzubieten über Telefon

eigene Telefon-Nr., Telefon bei:

Einweisungsschreiben gem. Art. 41.3 KVG

beigelegt

wird nachgesandt

Einweisungsgrund:

Anamnese und Befunde:

Laborbefunde:

Röntgenbilder:

beigelegt

per Post

werden mitgegeben

bisherige Therapie: (Präparate und Dosierung, therapiert seit _____)

Ort und Datum:

Praxisstempel und
Unterschrift:

** Anmeldung medizinischer Notfälle: Telefon 041 205 51 41/2 von 07.30–12.00 und 14.00–18.00 Uhr
 Übrige Zeit: 041 205 11 11

Nachbestellung: Fax 041 205 21 79