

Empfangender Arzt: Schwanenpraxis Luzern,
Dr. Kalgini Durrer-Ariyakuddi, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern,
schwanenpraxis@hin.ch, Tel.: 041 410 73 71

Überweisender Arzt:

Praxisname

Telefonnummer*

Adresse*

Vorname*

Nachname*

E-Mail*

ZRS/GLT-Nummer

Patientendaten:

Vorname*

Nachname*

Adresse *

Telefonnummer*

E-Mail*

Versicherung *

Versicherungsnummer*

Überweisungsgrund*

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nicht ausgewählt | <input type="radio"/> Palpitationen |
| <input type="radio"/> VHF-Screening | <input type="radio"/> Schwindel |
| <input type="radio"/> Synkope | <input type="radio"/> Optimierung der |
| <input type="radio"/> Andere | Behandlung |
-
-

Remarks

Gewünschte Untersuchung*

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Langzeit-EKG 1 Tage | <input type="radio"/> Langzeit-EKG 5 Tage |
| <input type="radio"/> Langzeit-EKG 2 Tage | <input type="radio"/> Langzeit-EKG 6 Tage |
| <input type="radio"/> Langzeit-EKG 3 Tage | <input type="radio"/> Langzeit-EKG 7 Tage |
| <input type="radio"/> Langzeit-EKG 4 Tage | |

Zusätzliche Patienteninformationen:

Patientengeschichte (relevant für die gewünschte Untersuchung) *	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> als PDF angehängt	<input type="radio"/> per E-Mail gesendet
Aktuelle Medikation (relevant für die gewünschte Untersuchung)*	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> als PDF angehängt	<input type="radio"/> per E-Mail gesendet
Zusätzliche Informationen (relevant für die gewünschte Untersuchung)*	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> als PDF angehängt	<input type="radio"/> per E-Mail gesendet

Mit dieser Überweisung bestätigt der überweisende Arzt, dass der Patient informiert wurde und entweder persönlich oder durch seinen gesetzlichen Vertreter die folgenden Einwilligungserklärungen unterschrieben hat:

- Datenübertragungseinwilligung*
 Abrechnungseinwilligung*

Beide Formulare verbleiben beim Arzt, können aber jederzeit auf Anfrage dem empfangenden Arzt zur Verfügung gestellt werden!

Datum der Überweisung:*