

## Zuweisung von Patienten

Für AMEOS Stadtpraxis  Luzern  Zug  Zürich

Der Patient wird durch uns für ein Vorgespräch kontaktiert. Die Kostengutsprache holen wir gerne ein. Falls bereits eine Kostengutsprache vorliegt, bitten wir Sie, uns eine Kopie beizulegen.

### Zuweiser

<b>Arzt/Therapeut</b>	.....	Telefon	.....
<b>Praxis/Klinik</b>	.....	Fax	.....
Strasse, Hausnummer	.....	E-Mail	.....
PLZ, Ort	.....	<b>GLN-Nr.</b>	.....
		<b>ZSR-Nr.</b>	.....

### Angaben über die Zuweisung

**Behandlungsfall**  Krankheit  Unfall

### Patient

<b>NAME</b>	.....	<b>AHV-Nr.</b>	.....
Vorname	.....	Zivilstand	.....
<b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ)	.....	Nationalität	.....
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Muttersprache	.....
Strasse, Hausnummer	.....	Beruf	.....
PLZ, Ort	.....	Telefon Privat	.....
E-Mail Privat	.....	Mobile	.....

### Versicherung

<b>Grundversicherung</b>	Name: .....	Versicherten-Nr.	.....
	Ort: .....	Karten-Nr.	.....
Versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell (HMO/Tel Doc/Med Gate)	

### Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiser)

Hausarzt	.....	Adresse	.....
----------	-------	---------	-------

**Diagnosen (ICD-10)**

---

---

---

---

---

**Zuweisungsgrund**

---

---

---

---

---

**Bisherige Therapien und stationäre Aufenthalte**

---

---

---

---

---

**Aktuelle Medikation mit Dosierung (ggf. Verordnungsschema beilegen)**

---

---

---

---

---

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?

 Nein Ja, welche:

---

**Bemerkungen**

---

---

---

---

---

**Beilagen**

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

 keine Beilagen Laborbefund Berichte Kostengutsprache**Datenschutz und Anmeldung**Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie, sensitive Daten wie Patientenanmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform **HIN** (Health Info Net) einzureichen an: [luzern@ameos-stadtpraxen.ch](mailto:luzern@ameos-stadtpraxen.ch) [zug@ameos-stadtpraxen.ch](mailto:zug@ameos-stadtpraxen.ch) [zuerich@ameos-stadtpraxen.ch](mailto:zuerich@ameos-stadtpraxen.ch)**Unterschrift Zuweiser**

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Verordnet durch (Stempel, Unterschrift)