

Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Geschlecht	_____
Adresse	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	E-Mail	_____
Telefon/Natel	_____	Sozialversicherungs-Nr.	_____
Beruf	_____	Krankheit/Unfall/IV	_____
Versicherer	_____	Versicherten-Nr.	_____
Grösse	_____	Gewicht	_____
Bezugsperson	_____		_____

A) Gewünschte Leistung

Polygraphie

Sentec (Kapnographie)

V-Check

Ganze Nacht

Split-Night

Pulsoxymetrie Leistung gewünscht:

nativ

mit ___ O₂/min

mit CPAP/ASV/BiPAP

Auswertung gewünscht:

bald möglichst

bis spätestens: _____

Zusätzliche Bemerkungen:

B) Verordnung Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung

Spezielle Anordnung

Verordnung senden an

Lungenliga Zentralschweiz

Mooshüslistrasse 14, 6032 Emmen

info@lungenliga-zentralschweiz.ch, (Fax Nr.: +41414293111)