

Personalien Kunden/in		Namen und Adresse Versicherung		
Name				
Vorname				
Strasse				
PLZ/Ort				
Geburtsdatum				
Telefon Privat				
Arbeitsgeber		an Vertrauensarzt		
PLZ/Ort		Diagnose:		
Telefon Geschäft				
Versicherer				
Vers./Unfall-Nr.				
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen				
Ärztliche Verordnung		<input type="checkbox"/> Erstabklärung <input type="checkbox"/> Neuevaluation		
(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)				
Zeitdauer von: _____ bis: _____				
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)				
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistung	Häufigkeit	Dauer in Min.	Erwartete Stundenzahl über die Dauer von ____ Monaten
001	Abklärung und Beratung			
002	Behandlung			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.:		
		Wundambulatorium Luzern Th. Köhler ZSR: I061803 Y. Hüsler ZSR: C110503 Pilatusstr. 24 6003 Luzern Tel.: 041 7 410 33 22		
Datum:	Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum:	Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:	