

# LÖWENPRAXIS

Zürichstrasse 12 · 6004 Luzern · 041 418 70 40  
loewenpraxis@hin.ch · www.loewenpraxis.ch

**Name / Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**PLZ Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_

**Covercard ID**

**(Karten-Nr. Krankenkasse)** \_\_\_\_\_

bitte aufbieten

eilt (innert 3 Tagen)

Termin: \_\_\_\_\_

**Pneumologie**

Dr. Christoph Wyser

Dr. Ingo Fengels

Dr. Andreas Scherr

**Allergologie / Immunologie**

Dr. Oliver Hausmann

Dr. Gabrielle Haeberli

**Pädiatrische Sprechstunde:** Dr. Peter Eng, Allergologie/Pneumologie

**Interdisziplinäre**

**Sprechstunde**

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchungen:**

**Pneumologische Beurteilung**

OSAS-Abklärung (Pulsoximetrie/Polygraphie)

**Allergologisch-immunologische Beurteilung**

Laktose / Fruktose (H<sub>2</sub>-Atemtest)

**Immundefizienz**

\_\_\_\_\_

**Bitte folgende Medikamente möglichst 48h vor dem Termin absetzen:**

Antihistaminika, Leukotrienantagonisten

langwirksame Bronchodilatoren (kurzwirksame mind. 8h)

**Bericht per:**  E-Mail (\_\_\_\_\_@hin.ch)

Briefpost

**Berichtskopie an:** \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Zuweisender Arzt (Stempel):**