



Dienststelle Gesundheit und Sport

**DE Antrag für die Zuweisung an
die Infektiologie / Pneumologie Luzerner Kantonsspital (LUKS)
UA Заява на направлення до кантонального шпиталю (LUKS)
до відділення інфектології / пульмонології
RU Заявка для направления в кантональный госпиталь
(LUKS) в отделение инфектологии / пульмонологии**

1 Voraussetzung

Умови

Условия

Hat der Online-Fragebogen www.tb-screen.ch oder www.mmcheck.ch einen Tb-Score von ≥ 10 ergeben?

Ви отримали результат ≥ 10 Tb-Score (загальна сума пунктів) у онлайн - листі на сторінці www.tb-screen.ch або www.mmcheck.ch?

Вы получили результат ≥ 10 Tb-Score (общая сумма пунктов) в онлайн – опроснике на странице www.tb-screen.ch или www.mmcheck.ch?

Ja / Так / Да Nein / Hi / Нет

→ wenn Nein, müssen Sie dieses Formular nicht ausfüllen / Якщо ні, Вам не потрібно заповнювати цю заяву / Если нет, то Вам не нужно заполнять эту заявку

2 Angaben zur Person mit Tb Score ≥ 10

Дані людини з Tb Score ≥ 10

Данные человека с Tb Score ≥ 10

Name / призвище/ фамилия

Vornamen / ім'я / имя

Geburtsdatum / дата народження / дата рождения

Geschlecht / Стать / Пол: W / Ж / Ж M / Ч / М

Wohnadresse in der Schweiz

Місце проживання у Швейцарії

Место проживания в Швейцарии

Strasse, Nr. / вулиця / улица

Postleitzahl / индекс / индекс

Ort / місто / город

Sozialvers. Nr. Unbekannt

Номер соцстрахування невідомий

Номер соцстрахования неизвестный

Telefonnr. / Телефон / телефон

E-Mail

Sprachen / Мови / Языки English Deutsch Française Ukrayins'kyu

Russkiy / рос / рус Andere / інш / д

3 Bezugsperson in der Schweiz
Контактна особа у Швейцарії
Контактное лицо в Швейцарии

Haben Sie eine Bezugsperson in der Schweiz?
Ви маєте у Швейцарії контактну особу?
У Вас есть в Швейцарии контактное лицо?

Ja / Так / Да Nein / Ні / Нет

Wenn ja geben Sie bitte folgende Angaben an:
Якщо так, надайте, будь ласка, наступні дані:
Если да, предоставьте, пожалуйста, следующие данные:

Name / призвище/ фамилия

Vornamen / ім'я / имя

Strasse, Nr. / вулиця / улица

Postleitzahl / індекс / индекс

Ort / місто / город

Telefonnr. / Телефон / телефон

E-Mail

Sprachen / Мови / Языки English Deutsch Française Ukrayins'kyy
 Russkiy / рос / рус Andere / інш / д

4 Hausarzt in der Schweiz
Сімейний лікар
Семейный врач

Haben Sie einen Hausarzt in der Schweiz?
Ви маєте сімейного лікаря у Швейцарії?
У Вас есть семейный врач в Швейцарии?

Ja / так / да Nein / ні / нет

Wenn ja geben Sie bitte folgende Angaben an / Якщо так, надайте, будь ласка,
наступні дані / Если да, предоставьте, пожалуйста, следующие данные

Name Praxis
Назва установи

Name Arzt / піб лікаря / фіо врача

Strasse, Nr. / вулиця / улица

Postleitzahl / індекс / индекс

Ort / місто / город

Telefonnummer / Телефон / телефон

E-Mail

5 Angaben zur Krankenkasse

Дані страхової компанії

Данные страховой компании

Ich habe den Schutzstatus S erhalten oder beantragt

отримано або подано на статус S

статус S получен или подана заявка

Ja/так/да Nein/ні/нет

Ich bin über die Kollektivversicherung der Dienststelle für

Asyl- und Flüchtlingswesen (DAF) bei der CSS versichert

Я був/була застрахована через колективне страхування

від робочого відділу з біженцями та мігрантами у CSS

Я был/была застрахована посредством коллективного

страхования рабочим отделом по беженцам и мигрантам в CSS

Ja/так/да Nein¹/ні/нет

Versicherungsnummer

номер страхування

номер страхования

Unbekannt

невідомий

неизвестный

Versicherung wenn nicht CSS

страхова компанія якщо не CSS

страховая компания если не CSS

6 Beilagen

Додатки

Дополнения

Bitte legen Sie folgende Unterlagen bei:

Будь ласка, додайте наступні документи:

Пожалуйста, предоставьте следующие документы:

Kopie / копія / копии www.tb-screen.ch oder / або / или www.mmcheck.ch

Kopie Krankenversicherungsausweis oder Versicherungsbestätigung / копія картки медичного страхування або підтвердження страхування/ копии карточки медицинского страхования или подтверждения страхования

Kopie Nachweis für Schutzstatus S und Antragsstellung / копія доказу статусу S та подання заяви/ копия подтверждения статуса S и подачи заявки

Kopie Personalausweis / копія посвідчення особи / копия удостоверения личности

7 Unterschrift Antragssteller

Підпис заявника

Подпись заявителя

Datum / Ort / Дата/Місце / Дата / Место

Unterschrift / підпис / подпись

1 Für unversicherte Personen gemäss Wegleitung SEM:
https://gesundheit.lu.ch/themen/Humanmedizin/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten_Ukraine

8 Weiteres Vorgehen

Порядок дій

Порядок дій

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Dokument mit allen Beilagen an:
Будь ласка, відійшліть цю повністю заповнену заяву зі всіма додатками на емайл:
Пожалуйста, отправьте эту полностью заполненную заявку со всеми дополнениями на эмайл:

ukraine.gesundheit@lu.ch

oder per Post an / або за адресою / или по адресу:

Dienststelle Gesundheit und Sport
Meyerstrasse 20
6002 Luzern.

Falls Ihr Antrag genehmigt wird, werden Sie vom Luzerner Kantonsspital für weitere Abklärungen aufgeboten. Bei einer Ablehnung werden Sie ebenfalls informiert.
Якщо Ваша заява буде схвалена, Вас запросять для подальших уточнень до кантонального шпиталю у м. Люцерн. Якщо буде відмовлено, то Вас також проінформують.
Если Ваша заявка будет одобрена, то Вас пригласят в кантональній госпиталь в г. Люцерн для дальнейший уточнений. Если Вам будет отказано, то Вас проинформируют также.

Für Rückfragen steht Ihnen unsere Hotline unter
+41 41 228 38 90 täglich von 08:00 bis 20:00 Uhr zur Verfügung

Якщо у Вас виникли питання, Ви можете зателефонувати на нашу гарячу лінію
+41 41 228 38 90 з 08:00 до 20:00

*Если у Вас появились вопросы, Вы можете позвонить нам на горячую линию
+41 41 228 38 90 с 08:00 до 20:00.*

Stand der Informationen: 13.5.2022 StL

Dat/Visum Prüfer DIGE