|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung****Luzerner Kantonsspital****Radiologie Wolhusen**Postfach 3656110 Wolhusen**Fax 041 492 83 59****Tel. 041 492 83 52****anmeldung-wolhusen.radiologie@luks.ch** | **Patient(in)**  Name  Vorname  Geb.Dat.  Strasse  PLZ Ort  Tel. P.  Tel. G.  Tel. N. [ ]  KK [ ]  UnfallVersicherung Unfall-/Police-Nr.  |
| [ ]  Patient bitte aufbieten[ ]  notfallmässig [ ]  dringend [ ]  regulär [ ]  Patient hat bereits Termin am: [ ]  Röntgen [ ]  Bilder nicht vorhanden[ ]  Ultraschall[ ]  CT [ ]  Patient bringt Bilder mit[ ]  CT-Biopsie / Infiltration[ ]  MRI [ ]  Bilder werden zugesandt[ ]  Mammografie[ ]  Bei pos. Mammabefund, Weiterleitung in die hausinterne senologische Sprechstunde gewünscht |
| **Falls Voraufnahmen vorhanden, bitte mitgeben** **oder uns zukommen lassen.** |
| **Wichtig bei MR-Untersuchung ● Bitte vollständig ausfüllen** Ja Nein Ja Nein Ja NeinPacemaker [ ]  [ ]  Neurostimulator [ ]  [ ]  Allergie [ ]  [ ] Hörgerät [ ]  [ ]  Fremdkörper (Metall) [ ]  [ ]  Klaustrophobie [ ]  [ ] Insulinpumpe [ ]  [ ]  Metallclips [ ]  [ ]  Zahnprothese [ ]  [ ]  Nierenerkrankung [ ]  [ ]   |
| **Make-up, Haarlack und Deodorant beeinflusst die MRI-Untersuchung und sollte nicht verwendet werden.****Implantate mit Magnetverankerungen unbedingt vorher vom Zahnarzt herausnehmen lassen.** |

|  |
| --- |
| **Gewünschte Untersuchung / Region** |
| **Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten** | **Wichtig bei CT mit i.v. Kontrastmittel/Infiltration/Biopsie** |
| [ ]  Allergie (auf was?) [ ]  Hyperthyreose[ ]  Schwangerschaft [ ]  Pat. ist antikoaguliert |
| **Kreatinin/Datum** |   |
| **Kreatinin-Clearance** |  |
| **Grösse** |  |
| **Gewicht** |  |
| **Quick/Datum** |  |
| **INR/Datum** |  |
| **Fragestellung** |
| **Berichtskopie an** **Datum Unterschrift und Stempel Tel.-Nr.**  |