|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung**  **Luzerner Kantonsspital**  **Radiologie Wolhusen**  Postfach 365  6110 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  Unfall  Versicherung    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 Nein  Pacemaker   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.** | | | |