

Radiologie und Nuklearmedizin  
Chefarzt PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung Radiologie  
Tel. 041 205 46 53  
Fax 041 205 47 23

## Anmeldung zur Untersuchung

**Luzerner Kantonsspital  
Radiologie Luzern**

Spitalstrasse  
6000 Luzern 16

**Fax: 041 205 47 23**  
**E-Mail: anmeldung.roentgen@luks.ch**

**Zuweisender Arzt (Stempel)**

**Kopie an**

- Patient bitte aufbieten**
- Röntgen
  - Ultraschall
  - CT
  - CT-Biopsie / Infiltration (Gerinnungswerte erforderlich)
  - MRI
  - Mammografie / Mammasonografie
  - Angiographie (Gerinnungswerte erforderlich)

**Gewünschte Untersuchung / Region**

**Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten**

**Fragestellung**

**Datum**

**Unterschrift**

## Patient(in)

Name  
Vorname  
Geb.Dat.

Strasse  
PLZ Ort

Tel. P.  
Tel. G.  
Tel. N.

- männlich     weiblich  
 KK     Unfall

Versicherung  
Unfall-/Police-Nr.

**Patient hat bereits Termin am:**

- Bilder nicht vorhanden
- Patient bringt Bilder mit
- Bilder werden zugeschickt

- Pat. ist schwanger
- Schwere Allergie bekannt
- Hyperthyreose
- Pat. ist antikoaguliert

Quick /INR  
Datum  
Kreatinin