|  |  |
| --- | --- |
|  | Radiologie und Nuklearmedizin Chefarzt PD Dr. J. E. Roos  LA Kinderradiologie Dr. Nikolai Stahr  Anmeldung Radiologie Kinderspital  Tel. 041 205 32 22  Fax 041 205 32 21 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung**  **Luzerner Kantonsspital**  **Radiologie Luzern - Kinderspital**  Spitalstrasse  6000 Luzern 16  **Fax: 041 205 32 21**  **E-Mail: roentgen.kispi.admin@luks.ch**  **Zuweisender Arzt (Stempel)** | | | **Patient(in)**  Name Name eintragen  Vorname Vorname eintragen  Geb.Dat. Geb.-Datum eintragen  Strasse Strasse eintragen  PLZ Ort PLZ eintragen ORT eintragen  Tel. P. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Tel. G. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Tel. N. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  männlich  weiblich | |
| **Kopie an**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | KK  Unfall  Versicherung Versicherung eintragen  Unfall-/Police-Nr. Unfall-/ Police eintragen | |
|  | **Patient bitte aufbieten** | |  | **Patient hat bereits Termin am:** |
|  | Röntgen | |  | Bilder nicht vorhanden |
|  | Ultraschall | |  | Patient bringt Bilder mit |
|  | CT | |  | Bilder werden zugeschickt |
|  | MRI | |  |  |
|  | Durchleuchtung | |  |  |
| **Gewünschte Untersuchung / Region**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **Fragestellung**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **Datum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.** | | **Unterschrift** | | |