

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)**

**Kopie an**

**Patient bitte aufbieten**

- Röntgen
- Ultraschall
- CT
- MRI
- Durchleuchtung

**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