|  |  |
| --- | --- |
|  | Radiologie und Nuklearmedizin Chefarzt PD Dr. J. E. RoosAnmeldung RadiologieTel. 041 205 46 53Fax 041 205 47 23 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung****Luzerner Kantonsspital****Sektion für Neuroradiologie**Spitalstrasse6000 Luzern 16**Fax: 041 205 47 23****E-Mail: neuroradiologie@luks.ch****Zuweisender Arzt (Stempel)** | **Patient(in)**Name Name eintragenVorname Vorname eintragenGeb.Dat. Geb.-Datum eintragenStrasse Strasse eintragenPLZ Ort PLZ eintragen ORT eintragenTel. 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 [ ]  UnfallVersicherung Versicherung eintragenUnfall-/Police-Nr. Unfall-/ Police eintragen |
|  | **Patient bitte aufbieten** |  | **Der gewünschte Untersuchungsort:** |
|[ ]  MRI |[ ]  rascher Termin, standortunabhängig |
|[ ]  CT |[ ]  Luzern |
|[ ]  Angiographie |[ ]  Medical Imaging Luzern AG |
|[ ]  Infiltration / Biopsie |[ ]  Sursee |
|[ ]  Röntgen |[ ]  Wolhusen |
|[ ]  Ultraschall |  |  |
|  | **Patient hat bereits Termin am:** Datum  |[ ]  Patient bringt Bilder mit / werden geschickt |
| **Gewünschte Untersuchung / Region**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Pat. ist schwanger[ ]  Schwere Allergie bekannt[ ]  Hyperthyreose [ ]  Pat. ist antikoaguliertQuick /INR Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Datum Bitte das Datum eingeben.Kreatinin Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fragestellung**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Datum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.** | **Unterschrift**  |