

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
Sektion für Neuroradiologie

Spitalstrasse
6000 Luzern 16

Fax: 041 205 47 23
E-Mail: neuroradiologie@luks.ch

Zuweisender Arzt (Stempel)

Kopie an

Patient bitte aufbieten

MRI

CT

Angiographie

Infiltration / Biopsie

Röntgen

Ultraschall

Patient hat bereits Termin am:

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.

Der gewünschte Untersuchungsort:

rascher Termin, standortunabhängig

Luzern

Medical Imaging Luzern AG

Sursee

Wolhusen

Patient bringt Bilder mit / werden geschickt

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

Quick /INR
Datum
Kreatinin