

Patient hat bereits Termin am: _____

Anmeldung zur Untersuchung Luzerner Kantonsspital Radiologie Sursee Spitalstrasse 16a 6210 Sursee Fax 041 926 41 92	Patient(in) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Name Vorname Geb. Datum Strasse PLZ Ort Tel. P. Tel. G. Natel
Zuweisender Arzt (Stempel)	
Kopie an	<input type="checkbox"/> Krankheit Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Unfall Unfallversicherung: Unfalldatum

Patient bitte aufbieten

- Röntgen
- Ultraschall
- CT (aktueller Kreatinin und Gewicht)
- CT-Biopsie / Infiltration (Gerinnungswerte erforderlich)
- MRI
- Mammografie
- Mammasonografie

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

Gewünschter Untersuchungsstandort:

- Radiologie LUKS Sursee
- Medical Imaging Luzern AG
- standortunabhängig

Gewünschte Untersuchung / Region	
Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten	<input type="checkbox"/> Pat. ist schwanger <input type="checkbox"/> Schwere Allergie bekannt <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Pat. ist antikoaguliert Quick / INR Kreatinin Gewicht
Fragestellung	