

Radiologie und Nuklearmedizin Luzern  
Chefarzt: PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung Radiologie  
Tel: 041 205 35 88  
Fax: 041 205 35 92  
Email: [mamma@luks.ch](mailto:mamma@luks.ch)

<p><b>Anmeldung zur Untersuchung</b></p> <p><b>Luzerner Kantonsspital</b> <b>Radiologie Luzern Mammadiagnostik</b></p> <p>Spitalstrasse 6000 Luzern 16</p> <p><b>Fax: 041 205 47 23</b> <b>E-Mail: <a href="mailto:mamma@luks.ch">mamma@luks.ch</a></b></p> <p><b>Zuweisender Arzt (Stempel)</b></p>	<p><b>Patient(in)</b></p> <p>Name Vorname Geb.Dat.</p> <p>Strasse PLZ Ort</p> <p>Tel. P. Tel. G. Tel. N.</p> <p>männlich                      weiblich</p>
<p><b>Kopie an</b></p>	<p>KK                      Unfall</p> <p>Versicherung Unfall-/Police-Nr.</p>

**Patient bitte aufbieten**

- Mammografie
- Mammasonografie
- Mamma - MRI

**Patient hat bereits Termin am:** \_\_\_\_\_

**Der gewünschte Untersuchungsstandort:**

- LUKS Mammadiagnostik
- Seidenhof (Termine jeweils dienstags)
- Medical Imaging Luzern AG
- rascher Termin, standortunabhängig

<p><b>Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Pat. ist schwanger</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere Allergie bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperthyreose</p> <p><input type="checkbox"/> Pat. ist antikoaguliert</p> <p>Quick / INR _____</p> <p>Datum _____</p> <p>Kreatinin _____</p>
<p><b>Fragestellung</b></p>	
<p><b>Datum</b></p>	<p><b>Unterschrift</b></p>