|  |  |
| --- | --- |
|  | Radiologie und Nuklearmedizin Chefarzt PD Dr. J. E. Roos  Anmeldung Radiologie  Telefon 041 205 35 88  Fax 041 205 35 92 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung**  **Luzerner Kantonsspital**  **Radiologie Luzern**  Spitalstrasse  6000 Luzern 16  **Fax: 041 205 47 23**  **E-Mail: mamma@luks.ch**  **Zuweisender Arzt (Stempel)** | **Patient(in)**  Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Geb.Dat. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Strasse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  PLZ Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Tel. 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  Unfall  Versicherung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Unfall-/Police-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Patient bitte aufbieten** |  | **Der gewünschte Untersuchungsstandort:** |
|  | Mammografie |  | LUKS Mammadiagnostik |
|  | Mammasonografie |  | Seidenhof (Termine jeweils dienstags) |
|  | Mamma MRI |  | Medical Imaging Luzern AG |
|  | **Patient hat bereits Termin am:** Datum |  | rascher Termin, standortunabhängig |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 antikoaguliert  Quick / INR Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Datum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Kreatinin Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fragestellung**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Datum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.** | **Unterschrift** | |