

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
Radiologie Luzern**

Spitalstrasse
6000 Luzern 16

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

Zuweisender Arzt (Stempel)

Kopie an

Patient bitte aufbieten

- Röntgen
- Ultraschall
- CT
- CT-Biopsie / Infiltration (Gerinnungswerte erforderlich)
- MRI
- Mammografie / Mammasonografie
- Angiographie (Gerinnungswerte erforderlich)

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.

Patient hat bereits Termin am:

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

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

Quick /INR
Datum
Kreatinin