

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