

Nuklearmedizin

Chefarzt: Prof. Dr. med. K. Strobel

Luzerner Kantonsspital

Kantonsspital 37 | 6004 Luzern

Telefon 041 205 46 67

nuk@luks.ch

Anmeldung zur Szintigraphie

| | | | | | |
|---|--|-------------|---|--------------------|--|
| Vorname | | Nachname | | Geburtsdatum | |
| Strasse | | PLZ und Ort | | Telefon | |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | | | <input type="checkbox"/> KK <input type="checkbox"/> Unfall | | |
| Versicherung | | | | Unfall-/Police-Nr. | |

Bitte sorgen Sie dafür, dass uns die Voruntersuchungen zur Verfügung stehen. Zwecks Terminvereinbarung bitte die ausgefüllte PDF-Datei per E-Mail an nuk@luks.ch senden.

Gewünschte Untersuchung**Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten****Fragestellung**

| | | |
|--|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patientin ist schwanger | <input type="checkbox"/> schwere Allergien bekannt, welche: | |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | Gewicht: _____ kg | Körpergrösse: _____ cm |

Angaben zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

| | | | | |
|----------|--------|---------|---------|--|
| Datum | Praxis | | Kontakt | |
| E-Mail | | Telefon | | |
| Kopie an | | | | |

Unterschrift _____