

**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 \_\_\_\_\_