Spitalregion Luzern/Nidwalden

luzerner kantonsspital
LUZERN SURSEE WOLHUSEN

Radiologie und Nuklearmedizin Luzern
Chefarzt: PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung: nuk@luks.ch
Telefon 041 205 46 67
Fax 041 205 21 75

Anmeldung zur Szintigraphie

Luzerner Kantonsspital
Nuklearmedizin

Spitalstrasse
6000 Luzern 16

Fax 041 205 21 75

Zuweisender Arzt (Stempel)

Kopie an

Patient(in)

Name

Vorname

Geb.Dat.

Strasse

PLZ / Ort /

Tel. P.

Tel. G.

Tel. N.

☐ männlich ☐ weiblich

☐ KK ☐ Unfall

Versicherung
Unfall-/Police-Nr.

Bitte sorgen Sie dafür, dass uns die **Voruntersuchungen zur Verfügung stehen.**
Termine wollen Sie bitte möglichst **telefonisch** mit uns vereinbaren. **Tel. 041 205 46 67**
Termin ist vereinbart für (Datum/Uhrzeit): _____ _____

Gewünschte Untersuchung: _____

Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten

☐ Pat. ist schwanger

☐ Schwere Allergie bekannt

auf: _____

☐ Hyperthyreose

Fragestellung

Datum _____

Unterschrift _____

Einträge löschen **Dokument per Email senden** **drucken**