|  |  |
| --- | --- |
|  | Radiologie und Nuklearmedizin Chefarzt Prof. Dr. med. J. E. RoosLA Kinderradiologie Dr. Nikolai StahrAnmeldung Radiologie KinderspitalTel. 041 205 32 22Fax 041 205 32 21 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung****Luzerner Kantonsspital****Radiologie Luzern - Kinderspital**Spitalstrasse6000 Luzern 16**Fax: 041 205 32 21****E-Mail: roentgen.kispi.admin@luks.ch****Zuweisender Arzt (Stempel)** | **Patient(in)**Name Name eintragenVorname Vorname eintragenGeb.Dat. Geb.-Datum eintragenStrasse Strasse eintragenPLZ Ort PLZ eintragen ORT eintragenTel. P. Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Tel. G. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Tel. N. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.[ ]  männlich [ ]  weiblich |
| **Kopie an**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  [ ]  KK [ ]  UnfallVersicherung Versicherung eintragenUnfall-/Police-Nr. Unfall-/ Police eintragen |
|  | **Patient bitte aufbieten** |  | **Patient hat bereits Termin am:** |
|[ ]  Röntgen |[ ]  Bilder nicht vorhanden |
|[ ]  Ultraschall |[ ]  Patient bringt Bilder mit |
|[ ]  CT |[ ]  Bilder werden zugeschickt |
|[ ]  MRI  |  |  |
|[ ]  Durchleuchtung |  |  |
| **Gewünschte Untersuchung / Region**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fragestellung**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Datum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.** | **Unterschrift**  |