|  |  |
| --- | --- |
|  | Radiologie und Nuklearmedizin Chefarzt Prof. Dr. med. J. E. Roos  Anmeldung Radiologie  Tel. 041 205 46 53  Fax 041 205 47 23 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung**  **Luzerner Kantonsspital**  **Sektion für Neuroradiologie**  Spitalstrasse  6000 Luzern 16  **Fax: 041 205 47 23**  **E-Mail: neuroradiologie@luks.ch**  **Zuweisender Arzt (Stempel)** | | | **Patient(in)**  Name Name eintragen  Vorname Vorname eintragen  Geb.Dat. Geb.-Datum eintragen  Strasse Strasse eintragen  PLZ Ort PLZ eintragen ORT eintragen  Tel. 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  Unfall  Versicherung Versicherung eintragen  Unfall-/Police-Nr. Unfall-/ Police eintragen | |
|  | **Patient bitte aufbieten** | |  | **Der gewünschte Untersuchungsort:** |
|  | MRI | |  | rascher Termin, standortunabhängig |
|  | CT | |  | Luzern |
|  | Angiographie | |  | Medical Imaging Luzern AG |
|  | Infiltration / Biopsie | |  | Sursee |
|  | Röntgen | |  | Wolhusen |
|  | Ultraschall | |  |  |
|  | **Patient hat bereits Termin am:** Datum | |  | Patient bringt Bilder mit / werden geschickt |
| **Gewünschte Untersuchung / Region**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | Pat. ist schwanger  Schwere Allergie bekannt  Hyperthyreose  Pat. ist antikoaguliert  Quick /INR Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Datum Bitte das Datum eingeben.  Kreatinin Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Fragestellung**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **Datum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.** | | **Unterschrift** | | |