

# Anmeldung zur Untersuchung

Luzerner Kantonsspital Radiologie Wolhusen Postfach 365 6110 Wolhusen 041 492 83 52 anmeldung-wolhusen.radiologie@luks.ch	<b>Patientin/Patient</b> Name Vorname Geb. Strasse PLZ, Ort Tel. privat Tel. geschäftlich Tel. Natel <input type="checkbox"/> KK <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Unfall</span> Versicherung Unfall-/Police-Nr.																																													
<input type="checkbox"/> Patientin/Patient bitte aufbieten <input type="checkbox"/> notfallmässig <input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> Patientin/Patient hat bereits Termin am: <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CT-Biopsie / Infiltration <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Mammografie <input type="checkbox"/> Bei pos. Mammabefund, Weiterleitung in die hausinterne senologische Sprechstunde gewünscht																																														
<b>Falls Voraufnahme vorhanden, bitte mitgeben oder uns zustellen.</b>																																														
<b>Wichtig bei MR-Untersuchung – Bitte vollständig ausfüllen</b>																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pacemaker</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Neurostimulator</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Allergie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hörgerät</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Fremdkörper (Metall)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Klaustrophobie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insulinpumpe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Metallclips</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Zahnprothese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Nierenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein	Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremdkörper (Metall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klaustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein																																						
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremdkörper (Metall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klaustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
						Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Make-up, Haarlack und Deodorant beeinflusst die MRI-Untersuchung und sollte nicht verwendet werden.          Implantate mit Magnetverankerungen unbedingt vorher von Zahnärztin/vom Zahnarzt herausnehmen lassen.</b>																																														
<b>Gewünschte Untersuchung/Region:</b>																																														
<b>Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten</b>	<b>Wichtig bei CT mit i.v. Kontrastmittel/Infiltration/Biopsie</b> <input type="checkbox"/> Allergie (auf was?) <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Pat. ist antikoaguliert Kreatinin/Datum Kreatinin-Clearance Grösse Gewicht Quick/Datum INR/Datum																																													
<b>Fragestellung</b>																																														
<b>Berichtskopie an</b>																																														
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift und Stempel</b>	<b>Tel.</b>																																												