

Patient hat bereits Termin am: \_\_\_\_\_

<b>Anmeldung zur Untersuchung</b>  Luzerner Kantonsspital Radiologie Sursee  Spitalstrasse 16a 6210 Sursee  Fax 041 926 41 92	<b>Patient(in)</b>  <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  Name Vorname Geb. Datum  Strasse PLZ Ort  Tel. P. Tel. G. Natel
<b>Zuweisender Arzt (Stempel)</b>	
<b>Kopie an</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit      Krankenkasse:  <input type="checkbox"/> Unfall      Unfallversicherung: Unfalldatum

**Patient bitte aufbieten**

- Röntgen
- Ultraschall
- CT (aktueller Kreatinin und Gewicht)
- CT-Biopsie / Infiltration (Gerinnungswerte erforderlich)
- MRI
- Mammografie
- Mammasonografie

- Bilder nicht vorhanden
- Patient bringt Bilder mit
- Bilder werden zugeschickt

**Gewünschter Untersuchungsstandort:**

- Radiologie LUKS Sursee
- Medical Imaging Luzern AG
- standortunabhängig

<b>Gewünschte Untersuchung / Region</b>	
<b>Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten</b>	<input type="checkbox"/> Pat. ist schwanger <input type="checkbox"/> Schwere Allergie bekannt <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Pat. ist antikoaguliert Quick / INR Kreatinin Gewicht
<b>Fragestellung</b>	