**Patient hat bereits Termin am:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung****Luzerner Kantonsspital****Radiologie Sursee**Spitalstrasse 16a6210 Sursee**Fax 041 926 41 92** | **Patient(in)** [ ]  männlich [ ]  weiblichName      Vorname      Geb. Datum      Strasse      PLZ Ort      Tel. P.      Tel. G.      Natel       |
| **Zuweisender Arzt (Stempel)**      |
| **Kopie an**      | [ ]  Krankheit Krankenkasse:      [ ]  Unfall Unfallversicherung :       Unfalldatum       |

[ ]  **Patient bitte aufbieten**

[ ]  Röntgen [ ]  Bilder nicht vorhanden

[ ]  Ultraschall [ ]  Patient bringt Bilder mit

[ ]  CT (aktueller Kreatinin und Gewicht) [ ]  Bilder werden zugeschickt

[ ]  CT-Biopsie / Infiltration (Gerinnungswerte erforderlich) **Gewünschter Untersuchungsstandort:**

[ ]  MRI [ ]  Radiologie LUKS Sursee

[ ]  Mammografie [ ]  Medical Imaging Luzern AG

[ ]  Mammasonografie [ ]  standortunabhängig

|  |
| --- |
| **Gewünschte Untersuchung / Region**      |
| **Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten**      | [ ]  Pat. ist schwanger[ ]  Schwere Allergie bekannt[ ]  Hyperthyreose[ ]  Pat. ist antikoaguliertQuick / INR      Kreatinin      Gewicht       |
| **Fragestellung**      |