**Patient hat bereits Termin am:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung zur Untersuchung**  **Luzerner Kantonsspital**  **Radiologie Sursee**  Spitalstrasse 16a  6210 Sursee  **Fax 041 926 41 92** | **Patient(in)**  männlich  weiblich  Name  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 antikoaguliert  Quick / INR  Kreatinin  Gewicht |
| **Fragestellung** | |