Radiologie Luzern
Zihlmattweg 46
6005 Luzern
www.radiologie-luzern.ch

RADIOLOGIE LUZERN

Patientenanmeldung

Name		Geb.datum		Geschl.	
Vorname		Telefon			
Strasse, Nr.		AHV-Nr			
PLZ, Ort		E-Mail			

Kostenträger und Versicherung

Kostenträger		Vers.-Nr.	
Unfalldatum		Unfall-Nr.	
Versicherung		GLN	

Gewünschte Untersuchung und Region

- ◯ **MRI**
- ◯ **CT**
- ◯ **Ultraschall**
- ◯ **Röntgen**
- ◯ **DXA (Knochendichte)**
- ◯ **nach Ermessen des Radiologen**

Region

Klinische Angaben und Fragestellung

Voruntersuchungen ◯ ja, Institut:

Termin und Befund-Übermittlung

Patient aufbieten bis / am: ◯ nächster freier Termin / sobald möglich

Termin bereits vereinbart am: Zeit:

Befund per
- ◯ eMail
- ◯ Telefon
- ◯ Post

Bilder auf
- ◯ online PACSonWEB
- ◯ online H-Net

Risikofaktoren

- ◯ Schwangerschaft
- ◯ Andere Risikofaktoren

Bei CT
- ◯ Kontrastmittelallergie
- ◯ Hyperthyreose
- ◯ Diabetes
  - ◯ Metformin-Einnahme
- ◯ Niereninsuffizienz

Kreatinin µmol/l

Bei MRI
- ◯ Schrittmacher
- ◯ Stents
- ◯ Innenohrimplantate
- ◯ Platzangst

Zuweiserin/Zuweiser

Telefon	
GLN, ZSR	
Mail	
Datum	

Berichtskopie

ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an **Radiologie Luzern.**