

<p>Anmeldung zur Untersuchung</p> <p>Medical Imaging Luzern AG</p> <p>Theaterstrasse 7 CH - 6003 Luzern Fax 041 227 20 31</p>	<p>Patient(in)</p> <p>Name Vorname Geb.Dat.</p> <p>Strasse PLZ Ort</p> <p>Tel. P Tel. G Tel. N</p> <p>männlich weiblich</p> <p>KK Unfall</p> <p>Versicherung Unfall-/Police-Nr Unfalldatum:</p>
<p>Zuweisender Arzt (Stempel)</p>	
<p>Kopie an</p>	

Patient bitte aufbieten

Röntgen
Ultraschall
CT
MRI
Mammografie
falls nötig Mammasonografie
falls nötig weitere bildgebende Diagnostik (MRI, CT)

Patient hat bereits Termin am:

Bilder nicht vorhanden
Patient bringt Bilder
Bilder werden zugeschickt

Gewünschte Untersuchung / Region:

Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten:

(bitte relevante Vorberichte zur gewünschten Untersuchung beilegen)

Pat. ist schwanger	Platzangst
Schwere Allergie bekannt	Herz-OP
Hyperthyreose	Metall im Körper
Pat. ist antikoaguliert	Zahnimplantate
	Hörgerät/e

Quick / INR
Datum
Kreatinin

Fragestellung:

Befundübermittlung: **Tel.** **Fax** **E-Mail:**

Datum: **Unterschrift:**