Etikette der Patientin oder des Patientes

Für externe Patientinnen und Patienten

[ ]  Radiologie Klinik St. Anna

[ ]  Radiologie St. Anna im Bahnhof

[ ]  Zentrum für Mikrotherapie
Klinik St. Anna

[ ]  Nuklearmedizin Klinik St. Anna

[ ]  PET/CT-Zentrum Klinik St. Anna

[ ]  Nuklearmedizinische Therapiestation
Klinik St. Anna

Für stationäre Patientinnen und Patienten
(bitte ankreuzen)

[ ]  Zu Fuss

[ ]  Im Rollstuhl

[ ]  Im Bett; Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name:  | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Strasse: | PLZ / Ort: |
| Telefon P / G / Mobile:  | Kostenträger: |
| [ ]  Krankheit [ ]  Unfall  | Unfalldatum: | AHV-Nr.: |
| [ ]  Patientin/Patient bitte aufbieten  | Vers.- / Unfall-Nr.: | Karten-Nr.: |

|  |  |
| --- | --- |
| Terminwunschbis spätestens: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Bestätigter Termin: Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Gewünschte Untersuchung: |
| [ ]  Untersuchungsmodalität nach Fachwissen des Radiologen |

|  |  |
| --- | --- |
| Klinische Angaben / spezielle Fragestellung: | Reserviert intern |
| Kreatinin: | Körpergewicht: | Clearance (errechnet): |
| Schwangerschaft: [ ]  Ja [ ]  Nein |  |
| Bei Anmeldungen zur Schilddrüse bitten wir um Zustellung der aktuellen Laborwerte. Danke. |

Wichtig bei MRT-/CT-Untersuchung (bitte vollständig ausfüllen):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pacemaker | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Zahnprothese | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Hörgerät | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Blutzucker-Sensorpflaster | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Insulinpumpe | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Allergie | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Expander | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Klaustrophobie | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Neurostimulator | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Nierenerkrankung | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Fremdkörper (Metall) | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Schilddrüsenüberfunktion | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| * Zahnimplantate unbedingt vorher von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt herausnehmen lassen.
 |
| * Make-up, Deodorant und Bodylotion beeinflussen die MRT-Untersuchung und sollten wenn möglich nicht getragen werden.
 |

Befundkopie:

|  |
| --- |
|  |

Kontaktdaten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen):

|  |
| --- |
| Datum:  |
| Praxisname:  |
| Name und Vorname Ärztin/Arzt:  |
| Fachgebiet:  |
| Adresse:  |
| PLZ / Ort:  |
| Telefonnummer: |
| E-Mail: |

so erreichen sie uns

Sehr geehrte Damen und Herren Doctores

Diese Seite ist eine Orientierungshilfe für Ihre Patientin / Ihren Patienten. Wir bitten Sie, den gewählten Standort anzukreuzen und den Lageplan der Patientin / dem Patienten mitzugeben. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

|  |  |
| --- | --- |
| Angemeldet zur Untersuchung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Uhrzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Standort 1:Klinik St. AnnaSt. Anna-Strasse 326006 LuzernRadiologieMRT / CT / RöntgenMamma-DiagnostikPET / CT-ZentrumNuklearmedizin Zentrum für Mikrotherapieradiologie.stanna@hirslanden.chwww.hirslanden.ch/radiologie-stannaAnmeldung Radiologie T +41 41 208 30 30 F +41 41 208 30 26Anmeldung Nuklearmedizin / PET / CT  T +41 41 208 30 34 F +41 41 208 30 27Anmeldung Mikrotherapie T +41 41 208 31 62 F +41 41 208 31 89 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Standort 2:St. Anna im BahnhofZentralstrasse 16003 LuzernRadiologieMRT / CT / RöntgenSt. Anna im Bahnhof4. Stock West Zentraler EmpfangEingang im Bahnhofshopping (1. UG), rechts von UBS-Bancomatenradiologie.stanna@hirslanden.chwww.hirslanden.ch/radiologie-stannaAnmeldung Radiologie T +41 41 208 30 30Zentralstrasse 1 F +41 41 208 30 26 |  |