

ANMELDUNG

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: _____

Etikette der Patientin oder des Patienten

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.: _____

TERMINWUNSCH BIS 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-UNTERSUCHUNGEN (bitte vollständig ausfüllen)

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
PACEMAKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROSTIMULATOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÖRGERÄT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREMDKÖRPER (METALL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KLAUSTROPHOBIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINPUMPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZAHNPROTHESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIERENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPANDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLUTZUCKER-SENSORPFLASTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 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

DATUM: _____ **KONTAKTDATEN VERORDNENDE ÄRZTIN/VERORDNENDER ARZT**
 (bitte vollständig ausfüllen):
 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 oder Ihren Patienten. Wir bitten Sie, den gewählten Standort anzukreuzen und den Lageplan Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten mitzugeben. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

Angemeldet zur Untersuchung am: _____ Uhrzeit: _____

STANDORT 1:
KLINIK ST. ANNA
ST. ANNA-STRASSE 32
6006 LUZERN

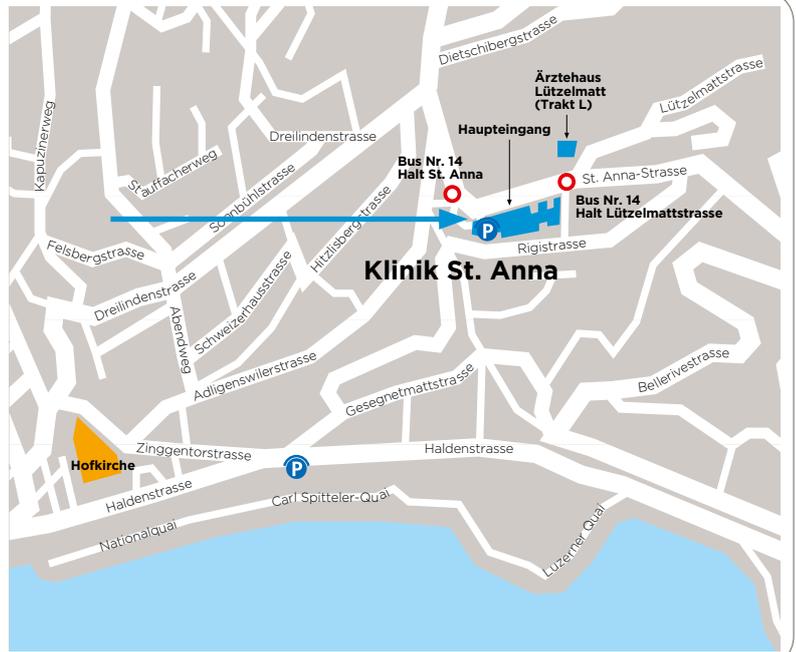
Radiologie
MRT/CT/Röntgen
Mamma-Diagnostik
PET/CT-Zentrum
Nuklearmedizin
Zentrum für Mikrotherapie

radiologieanmeldung.stanna@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch/radiologie-stanna

Anmeldung Radiologie
T +41 41 208 30 30

Anmeldung Nuklearmedizin/PET/CT
T +41 41 208 30 34

Anmeldung Mikrotherapie
T +41 41 208 31 62



STANDORT 2:
ST. ANNA IM BAHNHOF
ZENTRALSTRASSE 1
6003 LUZERN

Radiologie
MRT/CT/Röntgen

Zentraler Empfang im 4. Stock

radiologieanmeldung.stanna@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch/radiologie-stanna

Anmeldung Radiologie
T +41 41 208 30 30

