

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-UNTERSUCHUNG (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/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. ANNA
ST. ANNA-STRASSE 32
6006 LUZERN

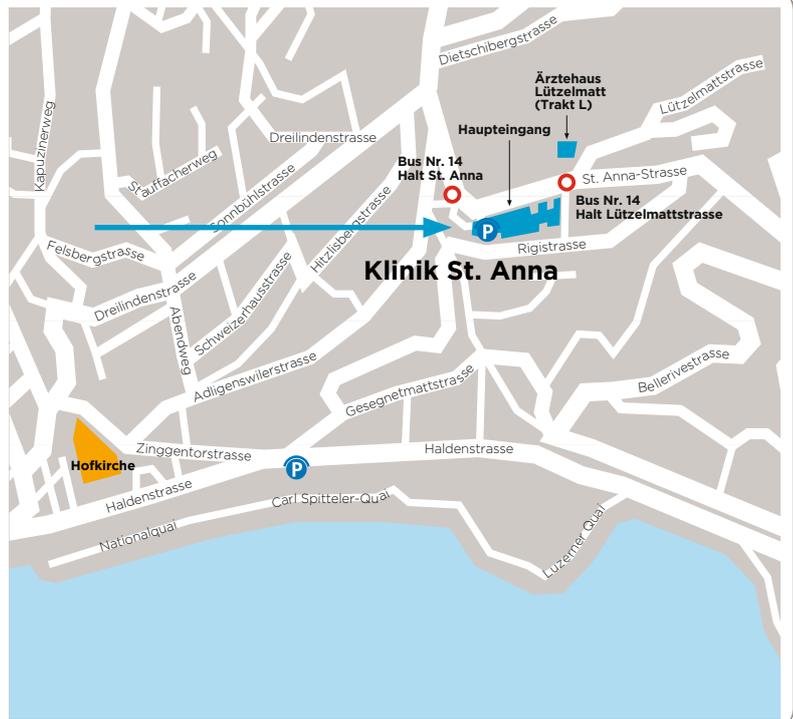
Radiologie
MRT/CT/Röntgen
Mamma-Diagnostik
PET/CT-Zentrum
Nuklearmedizin
Zentrum für Mikrotherapie

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

Anmeldung Radiologie T +41 41 208 30 30
F +41 41 208 30 26

Anmeldung Nuklearmedizin/PET/CT T +41 41 208 30 34
F +41 41 208 30 27

Anmeldung Mikrotherapie T +41 41 208 31 62
F +41 41 208 31 89



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

Radiologie
MRT/CT/Röntgen
St. Anna im Bahnhof
4. Stock West Zentraler Empfang
Eingang im Bahnhofshopping (1. UG), rechts von
UBS-Bancomaten

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

Anmeldung Radiologie T +41 41 208 30 30
Zentralstrasse 1 F +41 41 208 30 26



ANMELDUNG

BITTE SENDEN SIE UNS NEUE FORMULARE
«ANMELDUNG INSTITUT FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN» ZU.

KLINIK ST. ANNA
INSTITUT FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN
ST. ANNA-STRASSE 32
6006 LUZERN

T +41 41 208 30 30
F +41 41 208 30 26
RADIOLOGIE.STANNA@HIRSLANDEN.CH

PRAXISSTEMPEL:

Klinik St. Anna
Institut für Radiologie
und Nuklearmedizin
St. Anna-Strasse 32
6006 Luzern

Klinik St. Anna
Institut für Radiologie
und Nuklearmedizin
St. Anna-Strasse 32
6006 Luzern