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.: |

|  |  |
| --- | --- |
| 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):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. 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 |  |