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  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  St. Anna im Bahnhof  4. Stock West Zentraler Empfang  Eingang im Bahnhofshopping (1. UG),  rechts von UBS-Bancomaten  radiologieanmeldung.stanna@hirslanden.ch  www.hirslanden.ch/radiologie-stanna  Anmeldung Radiologie T +41 41 208 30 30 |  |