

		Personnr		Infekterad	
		Namn			
		Adress			
		Tel bostad			
		Tel arbete			
Transport		Prel svar		Målsmans personnr	
<input type="checkbox"/> Går	<input type="checkbox"/> Bår	<input type="checkbox"/> Avd hämtar	<input checked="" type="checkbox"/> Akut us	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Stol	<input type="checkbox"/> Säng	<input type="checkbox"/> Ambulans	<input type="checkbox"/> Hämtas på		
		<input type="checkbox"/> Avd, rum			
Frågeställning/Diagnos		Önskad undersökning/Åtgärd		Tid beställd datum	Kl Rum
S-Kreat $\mu$ mol, datum	Diabetes	Allergi - vad	Röntgen/Klinfys anteckningar		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Föregående undersökning	Längd	Vikt			
Kliniska upplysningar/Relevanta läkemedel					
			Omv journal	Till rond	Efter-/dubbelgr
			Undersökning	Rum	SSK/BMA
					Läkare
					Godkänd
Remissdatum	Rem läkare/Sign	Personsökare			