

# Remiss, radiologi

|                                           |                               |                                                                      |                                     |                                   |           |                              |                             |                              |                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Rem klinik/<br>läkare                     |                               |                                                                      |                                     | Personnr                          |           |                              |                             | Infekterad                   |                   |
| Adress                                    |                               |                                                                      |                                     | Namn                              |           |                              |                             |                              |                   |
| Vårdlag                                   |                               |                                                                      |                                     | Adress                            |           |                              |                             |                              |                   |
| Telefon                                   |                               |                                                                      |                                     | Postadress                        |           |                              |                             |                              |                   |
| Svarskopia till                           |                               |                                                                      |                                     | Tel. hem:                         |           |                              |                             |                              |                   |
| Tel. mobil:                               |                               |                                                                      |                                     |                                   |           |                              |                             |                              |                   |
| Transport                                 | <input type="checkbox"/> Går  | <input type="checkbox"/> Bår                                         | <input type="checkbox"/> Avd hämtar | Hämtas på                         | Prel svar | Akut us                      | Identitet styrkt            | Sign                         | Målsmans personnr |
|                                           | <input type="checkbox"/> Stol | <input type="checkbox"/> Säng                                        | <input type="checkbox"/> Ambulans   | <input type="checkbox"/> avd, rum |           |                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |                   |
| Frågeställning/Diagnos                    |                               |                                                                      |                                     | Önskad undersökning/Åtgärd        |           | Tid bestäld datum            |                             | Kl                           | Rum               |
| S-Kreat µmol/l, datum                     |                               | Diabetes<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                     | Allergi - vad                     |           | Röntgen/Klinfys anteckningar |                             |                              |                   |
| Föregående undersökning                   |                               | Längd                                                                |                                     | Vikt                              |           |                              |                             |                              |                   |
| Kliniska upplysningar/Relevanta läkemedel |                               |                                                                      |                                     |                                   |           |                              |                             |                              |                   |
|                                           |                               |                                                                      |                                     |                                   |           |                              |                             |                              |                   |
| Omv journal                               |                               | Till rond                                                            |                                     | Efter-/dubbelgr                   |           | Ankomst                      |                             | Skickad                      |                   |
| Undersökning                              |                               | Rum                                                                  |                                     | SSK/BMA                           |           | Läkare                       |                             | Godkänd                      |                   |
|                                           |                               |                                                                      |                                     |                                   |           |                              |                             |                              |                   |
| Remissdatum                               |                               | Rem läkare/Sign                                                      |                                     | Personsökare                      |           |                              |                             |                              |                   |