

Röntgenkliniken

Remiss från (Inrättning/Vårdcentral, klinik, avd/mott)

REMISS, DIAGNOSTISK RADIOLOGI

Personnr

Namn

Adress

Telefon
bostaden

Dagtid

Remissdatum

Remitterande läkare (klartext)

Önskad undersökning

Datum

Tid, kl.

U.s.-rum

REMISSNUMMER

(ifylles av rtg-avd)

Röntgenavd. anteckningar

Föregående undersökning av samma organ (när, var)

Öppen vård Sluten vård Tolkhjälp, språk

Undersöks i **säng** på

Röntgen-avd Vårdavd IVA Op

Undersökn
önskas
AKUT

läk sign

ankn/sökare

läk sign

läk sign

Prel
svar

Bilder
med pat

Spec upplysn

Diabetes Tidigare kontrastmedels-
reaktion, beskriv nedan Gravid, vecka

Längd

Vikt

Kreat (vid iv/ia kontrastunders)

cm

kg

mmol/l

KORTFATTAD ANAMNES + STATUS + ANLEDN TILL SPEC FÖRSIKTIGHET (kontrastmedelsreaktion, diabetes, inf-risk, premed o dyl)

FRÅGESTÄLLNING

SVAR

Röntgenavd

Sekr

Dokumentdatum

Röntgenläkare