

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

## REMISS, DIAGNOSTISK RADIOLOGI

Personnr

Namn

Adress

Postadress

Mobil

Dagtid

Remissdatum

Remitterande läkare (klartext)

Läkarsign

Önskad undersökning

### REMISSNUMMER

(ifylles av rtg-avd)

Röntgenavd. anteckningar

Föregående undersökning av samma organ (när, var)

Öppen vård  Sluten vård  Tolkhjälp, språk

Undersöks i **säng**

på Röntgenavd  Vårdavd  IVA  Op

Undersökning önskas AKUT

Preliminärsvår önskas

Spec upplysn

Diabetes  Tidigare kontrastmedelsreaktion, beskriv nedan  Gravid, vecka

Längd

Vikt

Krea (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