

RÖNTGENREMISS

Mottagare/Röntgenavd: (fullständig adress)		Personnummer/ Reservnummer: Namn: Adress:	
Avsändare/Svarsmottagare: (fullständig adress)		Telefonnummer Hem: Mobil: Arbete:	
		Önskad undersökning:	
Betalningsansvar: (ange remittentkod)		Föregående undersökning? (var, när, vad)	
Remissdatum:		Frågeställning:	
Akutsvar <input type="checkbox"/>	Tolkbehov/språk:		
Vid DT – MR: Diabetes Ja Nej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ev diabetesmedicin:	S-krea (ej vid skelett/lungundersökning): Värde: Datum:	
Anamnes:			
Unilabs Ellenbogen Röntgen Baltzarsgatan 23 211 36 MALMÖ		Tel 040-208085 Fax 040-236058 ellenbogen@unilabs.com	Org.nr:556062-0204 www.unilabs.se

