

<b>Mottagare/Röntgenavd: (fullständig adress)</b>		<b>Personnummer/ Reservnummer:</b> Namn: Adress:	
<b>Avsändare/Svarsmottagare: (fullständig adress)</b>		<b>Telefonnummer</b> Hem: Mobil: Arbete:	
		<b>Önskad undersökning:</b>	
<b>Betalningsansvar: (ange remittentkod)</b>		<b>Föregående undersökning? (var, när, vad)</b>	
<b>Remissdatum:</b>		<b>Frågeställning:</b>	
<b>Prelsvär:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Längd:</b> Vikt:		
<b>Vid DT – MR:</b> Diabetes Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<b>Ev diabetesmedicin:</b>	<b>S-krea ( ej vid skelett/lungundersökning):</b> Värde: Datum:	
<b>Anamnes:</b>			
Unilabs AB Kundtjänst Radiologi Anderstorp svägen 12 171 54 Solna		Tel 0771 407720 Fax 08 556 138 96 <a href="mailto:kundtjanst.radiologi@unilabs.com">kundtjanst.radiologi@unilabs.com</a>	
		Org nr 556118-7179 <a href="http://www.unilabs.se">www.unilabs.se</a>	