

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:		Frageställning:	
Prelsvär <input type="checkbox"/>	Tolkbehov/språk:		
Vid DT – MR:	Ev diabetesmedicin:	S-krea (ej vid skelett/lungundersökning):	
Diabetes		Värde:	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum:	
Anamnes:			
Unilabs AB Radiologi Kundtjänst 121 77 Johanneshov		Tel 020-40 30 20 Fax 08-5561 38 96 kundtjanst.radiologi@unilabs.com	Org nr:556118-7179 Säte: Göteborg www.unilabs.se