

Personnr

Namn

Adress/Tfn

Telefon:

Fax:

Remiss till (institution, handläggare, adress)

Anhörig/tfn

Tidsbeställningsuppgifter

Förflyttas i

stol

säng

Undersöks

på avd

i säng

Akutsvar till

Föregående undersökning (var, när, vad)

## Varning!

*(endast vid överkänslighet som bedöms allvarlig/livshotande komplikation - annars enbart i texten) OBS skriv ej med rött!*

Diagnos, fråga

Anamnes, status

(Provtagningsdatum mm)

Tid för undersökning

Speciella önskemål

Remissdatum

Klin/avd

Rem läkare (klartext + sign)

Svar

Datum

| Handläggare

Signum