

|                           |     |         |
|---------------------------|-----|---------|
| Bokning (tidsbeställning) |     |         |
| mån                       | dag | klockan |

Avsändare/svarsmottagare (fullständig adress)

## Remiss, konsultation

Personnr

Namn

Inrätt nr | Klinik nr | Avd/mott nr

Rem läkare

Akutsvar

Mottagare (fullständig adress)

Remissdatum

Provtagn datum kl

Föregående undersökning

Önskad undersökning

Inskrivningsdatum

Diagnos, fråga

Anamnes, status

## Svar

Handläggare (läkare)

Undersökningsdatum