

**RÖNTGENREMISS**

<b>Mottagare/Röntgenavd: (fullständig adress)</b>		<b>Personnummer/ Reservnummer:</b>  <b>Namn:</b>  <b>Adress:</b>
<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>Tolkbehov/språk:</b>	
<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>		
<b>Unilabs AB</b> Radiologi Kundtjänst 121 77 Johanneshov		
Tel 020-40 30 20 Fax 08-5561 38 96 <a href="mailto:kundtjanst.radiologi@unilabs.com">kundtjanst.radiologi@unilabs.com</a>		
Org nr:556118-7179 Säte: Göteborg <a href="http://www.unilabs.se">www.unilabs.se</a>		