

Avsändare (Fullständig adress)

När önskas undersökning?

REMISS Röntgenundersökning

Personnr

Namn

Remitterande läkare

Tel

Fax

E-post (Svaret skickas med krypterad e-post)

Mottagare



Remissdatum

Sidoangivelse om relevant

Vänster  Höger  Bilateralt

Önskad undersökning

Föregående undersökning, när, var, vad (För jämförelse)

Diagnos/Fråga

Anamnes, Status

Vid MR undersökning fyll i nedan

\*Vid kontrastmedel

Är patienten njurfrisk*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange: Längd      cm             Vikt      kg	
Ange eventuella implantat	S-kreatinin + Datum* (på patienter >65 år ej >3 månader)	Diabetes*	Om Ja, Metforminbehandling
	Värde:                  Datum:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Besöksadress/Postadress  
Gustafsvägen 20  
63346 Eskilstuna

Telefon  
016-400 00 11  
Fax  
010-20 44 862

Webbplats  
[www.seradkliniken.se](http://www.seradkliniken.se)

Skicka remissen med  
säker e-post till  
[remiss@serad.se](mailto:remiss@serad.se)