

Rem inrättning, klinik, avd/mott

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Remiss till (institution, handläggare, adress)

Rem datum	Rem läkare (klartext)
-----------	-----------------------

Förflyttas i <input type="checkbox"/> Stol <input type="checkbox"/> säng	Undersöks <input type="checkbox"/> på avd <input type="checkbox"/> i säng	Akutsvar till
---	--	---------------

Föreg undersökning var, när, vad

Diagnos, fråga

Anamnes, status (provtagningsdatum m m)

C8

Patienten har erhållit tid för undersökning/intagning
20 - - kl

(Ifylles alltid av remissmottagande instans, varefter sista kopian omgående skall återsändas till inremitterande instans)

Svar Handläggare	Undersökningsdatum
---------------------	--------------------

Konsultavd noteringar