

Bokning (tidsbeställning)

mån dag

klockan

Avsändare/svarsmottagare (fullständig adress)

Remiss, konsultation

Personnr

Namn

Kombikaakod, inrättning klinik Avd/Mott

Rem läkare

Akutsva

Mottagare (fullständig adress)

Remissdatum

Provtagn datum

Tid kl.

Föregående undersökning

Önskad undersökning

Diagnos, fråga

Anamnes, status

Svar

Handläggare (läkare)

Undersökningsdatum