

# HENVISNING TIL RØNTGENAVDELINGEN

Rekvirent:

Adr.:

Post/Rom:

Tlf.:

Rekv.kode:

Fødselsnr.:

Navn:

Adr.:

Tr.k.:

Tlf.:

**MÅ FYLLES UT AV REKVIRENTEN** 144092 E1



**ST. OLAVS HOSPITAL**  
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM  
**RØNTGENAVDELINGEN**

Innl.

Polikl.

Bestillingsdato: .....

Vanlig prioritet

Ø. hjelp:  Rekv. kl.: ..... Mottatt kl.: .....

Grad av hast: .....

Ønskes us. i sengeavd.:

Smitte:  Type: .....

**Ønsket undersøkelse:**

Relevante opplysninger/problemstilling:

Ønskes demonstrert for:

Signatur:

Telefon/calling:

For røntgenavd.

Tidl. us. dato: /

Time: /

kl.:

Spes anmerkninger:

Undersøkt av:

Godkjent av:

Dato:

Lab.sign. I

II

Koder:

Svar: