

REMISS-ALLMÄN

Rem inrättning, klinik, avd/mott	Persnr Namn Adress Tel bost Tel arb		
Till			
Remitterande läkare:			
Sjukhistoria, status, frågeställning			
Önskad undersökning / analys			
Provtagningsstid:	Datum	KI	
Underskrift			
Svar			