VESTRE VIKEN MOBIL RØNTGENTJENESTE

HENVISNING MOBIL RØNTGEN

Vestre Viken HF
Avdeling for bildediagnostikk
Bærum sykehus
3004 Drammen

Pasient, fødselsnummer: Fødselsnr.

Etternavn, fornavn: Pasientens etternavn og fornavn.

Adresse: Skriv inn pasientens adresse her.

Postnr. -sted: Pasientens postnummer og sted.

Rom nr: Pasientens rom Tlf.nr: Pasientens telefon.

Ikke egenandel pga.: Gi grunnen her hvis pasienten ikke skal betale egenandel.

Henvisende lege/Institusjon:

Skriv inn navn på henvisende lege og evt. institusjon her.

Tlf.nr: Leges telefon.

Helsepersonellnummer: Skriv helsepersonellnr.

Annen lege evt. legevakt som kan kontaktes:

- ved uventet funn med akutt behov for behandling, eller
- dersom henvisende lege går av vakt før en haste-undersøkelse er blitt besvart

Navn: Skriv inn annen leges etternavn og fornavn her.

Tlf.: Tlf. til kontakt-lege.

Ville pasienten bli sendt til sykehus, hvis mobil røntgen ikke hadde vært tilgjengelig?

Måtte pasienten hatt følge til sykehus?

Hastegrad:

Oppgi hastegrad her.
Øyeblikkelig hjelp = Svar innen 48 timer.
HASTER! = Svar samme dag.

Kliniske opplysninger, problemstilling:

Skriv inn kliniske opplysninger og eventuelle problemstillinger her.

Smitte/spesielle hensyn/forsiktighetsregler:

Skriv inn info om smitte, spesielle hensyn og forsiktighetsregler her.

Ønsket undersøkelse:

Dato, Signatur:

27. Feb 2017

Skriv henvisers navn her. Signerer på linjen over.

Asker Bærum Drammen Hurum Lier Nedre Eiker Røyken Sande Svelvik Øvre Eiker