

Avsändare (fullständig adress, avd/mott/KOMBIKAKOD)

REMISS Röntgenundersökning av bröst

Personnr

Namn

Remitterande läkare

Tel

Fax

Mottagare



Remissdatum

 Akut undersökning Prel. svar Faxsvar

Föregående undersökning (när, var)

Önskad undersökning

 Mammografi hö vä Ultraljud hö vä hö vä

Tidigare ca mam

år

 hö vä

Hormonbehandling

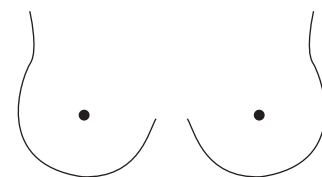
 ja nej

Proteser

 hö vä

Diagnos/fråga

Anamnes, status



Klin PBD kod

 hö vä

OBS! Utlåtande lämnas på separat blad.

Aleris Mammografienheter

Aleris Röntgen Samariterhemmet, Mammografienheten
Aleris Röntgen Sabbatsberg, MammografienhetenDragarbrunnsgatan 70, 753 20 Uppsala
Olivecronas väg 5 / Dalagatan 9, 113 61 StockholmTel. 018-611 07 80
Tel. 08-123 197 70Fax 018-611 47 98
Fax 08-690 59 26