

## Remiss Konsultation

Rem inrättning, klinik el motsv. avd/mott, adress tfn			Patientdata
Rem datum	Rem Läkare	AKUT Ja <input type="checkbox"/>	
Remiss till (inrättning, klinik el motsv, adress)			Svar även till ursprunglig rem läkare
Överkänslighet	Föregående undersökning (var, när, vad)		

Diagnos, fråga

--

Anamnes, status

--

Svar

Undersökn datum	Handläggare

Konsultavdelningens noteringar

Remiss mottagen datum	Patienten kallas för besök (datum)	Patienten kallas för undersökn. inom ..... månader	Annat meddelande till inrem läkare
-----------------------	------------------------------------	---	------------------------------------