

Rannsóknarbeiðni fyrir myndgreiningu



Beiðni sendist til:

<input type="checkbox"/> Röntgendeild Landspítala við Hringbraut Sími 543-8000 Fax 543-4800	<input type="checkbox"/> Röntgendeild Landspítala í Fossvogi Sími 543-8310 Fax 543-2247	<input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; display: inline-block;"></div>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Upplýsingar sjúklings

Nafn: _____	Kennitala: _____
Heimilisfang: _____	Sími: _____
Sjúklingur er:	
<input type="checkbox"/> Ambulant	
<input type="checkbox"/> Innliggjandi á deild: _____	

Hvaða rannsókn óskast?

Rannsókn óskast:

<input type="checkbox"/>	Strax
<input type="checkbox"/>	Í dag
<input type="checkbox"/>	Á morgunn
<input type="checkbox"/>	Innan 2-3ja daga
<input type="checkbox"/>	Í tímaröð
	Dags: _____

Sjúkrasaga

Rannsóknarspurning

Læknir, læknanúmer, deild og sími

Kreatín og dags mælingar

Nýrnastarfssemi eðlileg

Per os sykursýkislyf

<input type="checkbox"/>	Já
<input type="checkbox"/>	Nei

<input type="checkbox"/>	Já
<input type="checkbox"/>	Nei

Ofnæmi

Bráðasvar
