

ÚTGEFANDI BEIÐNI

BEIÐNI UM VEFJARANNSÓKN

Stofnun	Legudeild	<input type="checkbox"/> Innliggjandi	<input type="checkbox"/> Ambulant	Nr. R.H.
Læknir / sérfræðingur	Beiðni ritar	Sími/Kalltæki	Dags. beiðni	Ein. R.H.

Viðtakandi Meinafræðideild Landspítalans hús 8 v/Barónsstíg 101 Reykjavík Sími: 543-8066 Faxnúmer: 543-8349	Nafn sjúklings
	Heimili
	Kennitala <input type="checkbox"/> Afsláttarskírteini <input type="checkbox"/> Eilli- eða örorkuþegi

Sjúkdómsgreining / Sjúkrasaga/Fannst við aðgerð:

	BAA <input type="checkbox"/>
	HJÍ <input type="checkbox"/>
	JB <input type="checkbox"/>
	JGJ <input type="checkbox"/>
	LJ <input type="checkbox"/>
	KRB <input type="checkbox"/>
	SH <input type="checkbox"/>
	SN <input type="checkbox"/>
	VP <input type="checkbox"/>
	PS <input type="checkbox"/>

Afrit af svari sendist til: _____

Frystiskurður óskast Fyrri vefjarannsóknir: _____ Síðustu tíðir: _____

Númerandi aðgerð: _____ Dags: _____ Framkvæmd af: _____

Líffæri send til rannsóknar: _____

RANNSÓKNIR - Líffæri