

Henvisning (Rtg, mammografi, UL, CT, MR)

HENVISES AV

PASIENT

Helsepersonell nr.:	Fødselsnummer:
Legesenter/klinikk/HER-Id:	Navn:
Navn/HER-Id:	Adresse:
Adresse:	Postnr.:
Postnr.:	Telefon/Mobil:
Telefon: Fax:	
<input type="checkbox"/> Pasientens fastlege	<input type="checkbox"/> Spesialist
<input type="checkbox"/> Kiropraktor	<input type="checkbox"/> Manuellterapeut
<input type="checkbox"/> Kopi til:	<input type="checkbox"/> Tannlege

KLINISK PROBLEMSTILLING:

OBS! For kvinner: gravid? ja nei

Opggi forsikringselskap og forsikringsnummer:

HVA ØNSKES UNDERSØKT

Ø-hjelps undersøkelse, fyll inn direkte telefonnummer til henvisende instans _____

<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> ULTRALYD
	<input type="checkbox"/> MAMMOGRAFI Utføres på Borgen og Majorstuen
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> RTG

Henviser samtykker i endring/utvidelse av undersøkelsen dersom radiolog finner det medisinsk indisert.

Sted/dato: _____

Underskrift av henviser

Sjekkliste før MR-undersøkelse fylles ut av henviser eller pasienten selv

	Ja	Nei		Ja	Nei
Har du pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du klaustrofobi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du hjerteoperert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du metall i kroppen etter tidligere kirurgi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du operert i hodet (vaskulære klips)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du fremmedlegeme (metall) i øyet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du operert i øret (cochlea implantat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan du ligge stille på ryggen i ca 30 min?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du insulin/morfin-pumpe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Har du nevrostimulator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vekt og høyde: _____		

OBS: Kreatinin _____/GFR _____ Dette må foreligge ved henvisning til:

CT- og MR-undersøkelser med intravenøs kontrast hvis pasienten er over 70 år, har kjent nyresykdom, hjerte-/karsykdom eller diabetes.

Sted/dato: _____ Underskrift av henviser _____ eller Underskrift av pasient _____

Ved manglende oppmøte uten avbestilling av time innen 24 timer før undersøkelsen, vil du bli belastet et gebyr i henhold til gjeldende regler.

HUSK Å TA MED DENNE HENVISNINGEN

Kontakt oss

Unilabs Kundesenter

For spørsmål besøk vår webside
www.unilabs.no

Link til chat [Klikk her](#)

Timebestilling [Klikk her](#)

Telefon **21 00 08 00**

Bergen:



Røntgen Bergen

Småstrandgaten 3, 5014 Bergen

Røntgen Lagunen

Laguneveien 9, 5253 Rådal

Drammen:



Røntgen Drammen

Strømsø Torg 9, 3044 Drammen

Fredrikstad:



Røntgen Fredrikstad

Jens Wilhelmsens gate 1, 1671 Kråkerøy

Hamar:



Røntgen Hamar

Midtstranda 92, 2321 Hamar

Haugesund:



Røntgen Haugesund

Skippergata 14, 5527 Haugesund

Kristiansand:



Røntgen Kristiansand

Tollbodgata 4, 4611 Kristiansand S

Oslo:



Røntgen ~~Bergen~~

Borgenveien 2A, 0370 Oslo

Røntgen Bryn

Østensjøveien 79, 0667 Oslo
Bryn Senter - plan 4

Røntgen ~~Bergen~~

Røntgen Majorstuen

Middelthunsgate 23, 0368 Oslo

Sandnes:



Røntgen Sandnes

Larsamyrå 18, 4313 Sandnes

Ski:



Røntgen Ski

Åsenveien 3, 1400 Ski

Tønsberg:



Røntgen Tønsberg

Jernbanegaten 1 D, 3110 Tønsberg

Tromsø:



Røntgen Tromsø

Skippergata 7, 9008 Tromsø