

Henvisning til nukleærmedisinsk undersøkelse

Svaradresse:	Fødselsnummer:	
	Etternavn	Fornavn
	Poststed	Telefon (pasient)
Kopimottaker:	Ønsket undersøkelse:	

Problemstilling og relevante kliniske opplysninger:

Hastegrad: Rutine 4 uker 1 uke Ø-hjelp

FELTENE I BLÅTT MÅ BESVARES:

Høyde	Gravid? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Klaustrofobi? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Behov for tolk? Språk:
Vekt	Smitte, oppgi type:	Bevegelseshemmet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Myocardscintigrafi:

Kan pasienten sykkelbelastes?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	KOLS / Astma?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Arytmi:	Atrieflimmer <input type="checkbox"/>	V. grenblokk <input type="checkbox"/>	AV-blokk <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/>

Dato	Signatur / stempel	Legens telefonnummer
------	--------------------	----------------------

Akershus universitetssykehus HF
Seksjon Nukleærmedisin
Postboks 1000
1478 Lørenskog

Telefon: 67 96 41 65
e-post: nukleaermedisin@ahus.no