



Beiðni um endursýningu
MYNDGREININGARSVIÐ

☐ **FSSVOGUR**
Sími 543 8300
543 8310
Fax 543 2247
Læknaritari 543 8303

☐ **HRINGBRAUT**
Sími 543 8000
543 8010
Fax 543 4800
Læknaritari 543 8001

☐ **LANDAKOT**
Sími 543 8450

Persónuatriði sjúklings

Dags. beiðni			Kennitala		
Nafn læknis			Nafn		
Heimilisfang			Heimilisfang		
Sími	Læknanúmer	Kallnúmer/GSM			
Hvaða rannsókn óskast endursýnd?			Sími		GSM
			Fyrri rannsóknir hvar-hvenær-hvaða?		
					
					
					
Endursýning óskast fyrir deild			Dags.		Samanburður óskast við ☐ Eldri rannsóknir ☐ Ísótópaskann
Læknir					

Greining/stutt sjúkrasaga/ástand

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(tilgreinið ávallt í þennan reit)

Spurning

.....

.....

.....

Stofa

Dags.

Geislafræðingur

Læknir

Annað

.....

.....

.....

.....

