



Beiðni um rannsókn

Rannsóknarstofa æðaskurðlækninga
sími 543 7611

Persónuatriði sjúklings

Nafn: _____

Kt.: _____ Sími: _____

Heimili: _____

Sjúkrasaga:

Umbeðin rannsókn:

- ☐ Neðri útlimir
- ☐ Efri útlimir
- ☐ Prepaþrýstingsmæling
- ☐ Prepaþrýstingsmæling + táþrýstingsmæling
- ☐ Gönguþolspróf
- ☐ Prepaþrýstingsmæling
- ☐ Prepaþrýstingsmæling + fingurþrýstingsmæling

Umsögn dags: