|  |  |
| --- | --- |
| Remitterande läkare (enhet, namn, adress, telefon, kombikakod) | Patientens personnummer, namn, adress och telefonnummer |
| Remissdatum: | Behov av tolk. Språk: |
| Diagnos, frågeställning | |
| Anamnes, status | |
| **Hjärta**  Arbetsprov  Arbetsprov med oximetri  Ekokardiografi  Långtids-EKG  1 dygn 2 dygn 3 dygn  Ortostatiskt prov  Vilo-EKG  Dygnsblodtryck  **Lungor**  Spirometri  med diffusionskapacitet | **Kärl**  Perifer cirkulationsutredning  Ultraljud carotis  Ultraljud artärer  hö ben vä ben  Ultraljud venös insufficiens  hö ben vä ben  Ultraljud venös trombos  hö ben vä ben  (Kontakta oss vid trombosfrågeställning  Direkttfn: 08-501 39 602) |