

# Henvisning

Aleris Røntgen • Tlf: 22 43 43 43 • Faks: 67 21 09 00

**HENVISES AV:**

Helsepersonellnr:

Legesenter/klinikk:

Navn:

Adresse:

Telefon:

Faks:

E-post:

**PASIENT:**

Fødeselsnr:

Navn:

Adresse:

Postnr/sted:

Telefon:

Kopi til:

**KLINISKE OPPLYSNINGER:****HVA ØNSKES UNDERSØKT:**

Er pasienten gravid?

JA

NEI

Ønsker tilbud om privat time ved lang ventetid

Pasienten har helseforsikring

Øyeblikkelig hjelp

Pasienten vil ha dårligere prognose med hensyn til livslengde eller betydelig nedsatt livskvalitet dersom undersøkelsen utsettes

Har du vært på en helseinstitusjon utenfor Norge de siste 12 mnd?

JA

NEI

Hvis JA er MRSA-test påkrevd hos fastlege før undersøkelse

DAG MND ÅR

Dato:

•

•

Legens signatur: \_\_\_\_\_

**BESTILLING AV TIME: aleris.no • Telefon 22 43 43 43**

Kryss gjerne av på flere alternativer da det kan være store varisjoner i ventetid

**Aleris Røntgen Oslo City** • Stenersgata 1 A, 0050 Oslo (inng. til venstre for kjøpesenteret Oslo Citys hovedinngang)**Aleris Røntgen Frogner** • Frederik Stangs gate 11-13, 0264 Oslo**Aleris Røntgen Lillestrøm** • Dampsagveien 2, 2000 Lillestrøm**Aleris Røntgen Gjøvik** • Niels Ødegaards gate 4 A, 2815 Gjøvik**Aleris Røntgen Sarpsborg** • Glomveien 6, 1710 Sarpsborg**Aleris Røntgen Porsgrunn** • C.E. Berg Hanssens gate 26, 3916 Porsgrunn**Aleris Røntgen Agder** • Senterveien 32 (inng. D, 2.etg i kjøpesenteret Lillesand Senter), 4790 Lillesand**Aleris Røntgen Stavanger** • Børehaugen 1, 4006 Stavanger**Aleris Røntgen Bergen** • Kaigaten 5, 5015 Bergen**Aleris Røntgen Solsiden Trondheim** • Innherredsveien 7 D (inng. fra Kirkegata), 7014 Trondheim**Aleris Røntgen Ålesund** • Sundgata 12, 6003 Ålesund**Aleris Røntgen Bodø** • Tollbugata 10, 8006 Bodø**Aleris Røntgen Tromsø** • Sjøgaten 31/33, 9008 Tromsø

---

**FYLLES UT AV HENVISENDE LEGE: Opplysninger for MR, CT eller PET-CT**

Har pasienten nyresykdom, diabetes, hypertensjon, hjertesvikt eller er over 70 år?      JA      NEI

Hvis JA kreves prøvesvar (ikke eldre enn 4 uker) før kontrastinjeksjon:      Kreatinin      ev. GFR

Prøvedato:

**FYLLES UT AV HENVISER/PASIENT: Opplysninger før MR-undersøkelse**

Har du pacemaker?	JA	NEI
Er du hjerteoperert?	JA	NEI
Er du operert i hodet?	JA	NEI
Har du cochlea-implantat?	JA	NEI
Har du insulin-morfinpumpe?	JA	NEI
Har du metall i kroppen/øyet?	JA	NEI
Er du operert i siste 2 mnd.?	JA	NEI
Veier du over 140 kg?	JA	NEI

**Har du svart JA på ett eller flere av spørsmålene ovenfor må du ringe oss på telefon 22 43 43 43**

Vekt:      Høyde:

**TIME ER BESTILT OG AVTALT TIL:**

Avdeling:      Dag:      Dato:      DAG      MND      ÅR      Klokken: .

**Husk å ta med denne henvisningen!**

Denne henvisningen kan også brukes ved andre undersøkelsessteder som har offentlig avtaler.  
Se [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no) eller [aleris.no](http://aleris.no) eller spør vårt personale

**Aleris Røntgen, Postboks 73, 2001 Lillestrøm • [www.aleris.no](http://www.aleris.no)**