

Aleris Røntgen • Direkte: 22 54 11 01 • Faks: 22 54 11 12

**HENVISES AV:**

Helsepersonell nr:

Legesenter/klinikk:

Navn:

Adresse:

Telefon:

Faks:

**PASIENT:**

Fødselsnr:

Navn:

Adresse:

Postnr/sted:

Telefon:

Allmennlege    Spesialist    Kiropraktor    Fysioterapeut/manuell terapeut    Tannlege

Kopi til:

**KLINISK PROBLEMSTILLING:****HVA ØNSKES UNDERSØKT:**

RTG    MR    CT    UL    PET-CT    Indikasjoner finner du på [www.aleris.no](http://www.aleris.no)

Ved MR / CT / PET-CT: Har pasienten nyresykdom, hjerte/karsykdom eller diabetes?    JA    NEI

Hvis JA kreves følgende opplysninger før kontrastinjeksjon: Kreatinin    evt. GFR

DAG    MND    ÅR

Dato . .

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

**OPPLYSNINGER (FYLLES UT AV HENVISER ELLER PASIENT):****MR / CT / PET-CT****JA    NEI**

Har du klaustrofobi?

Har du problemer med å ligge stille?

Har du metall i kroppen/øyet?

Er du operert siste 2 mnd?

Er du gravid?

Vekt:

Høyde:

**MR****JA    NEI**

Har du pacemaker?

Er du hjerteoperert?

Er du operert i hodet (metall)?

Er du operert i øret (cochlea implantat)?

Har du insulin/morfinpumpe?

Har du nevrostimulator?

Hvis ja, på noen av spørsmålene ovenfor vennligst ta kontakt med oss på tlf. 22 54 11 01

DAG    MND    ÅR

Sted/dato . .

Pasientens signatur \_\_\_\_\_

Dersom timen ikke er avbestilt innen 24 timer før undersøkelsen starter, vil den bli belastet med et gebyr for manglende oppmøte i henhold til gjeldende regler.