

HENVISNING TIL RØNTGENUNDERSØGELSE HOS KIROPRAKTIK & NEUROREHABILITERING

PATIENTOPLYSNINGER			
Navn:			CPR-nr:
Adresse:			
Postnr.:	By:		
Telefon:			
E-mail:			

HENVISNING:	
Ønsket undersøgelse:	
Objektive fund:	
Kort sygehistorie, der berettiger undersøgelsen:	

Den sundhedsperson, der henviser til en røntgenundersøgelse, skal sørge for at undersøgelsen er berettiget jf. "Bekendtgørelse BEK nr 669 af 01/07/2019 om ioniserende stråling og strålebeskyttelse"

GRAVIDITET:			
	Ja:	Nej:	

TIDLIGERE RELEVANTE UNDERSØGELSER:			
	Ja:	Nej:	
	Hvis Ja:		
	Hvilken undersøgelse:		
	Hvilket hospital:		
	Hvilken dato:		

HENVISNINGSOPLYSNINGER:		
Henviser:		Dato:
Adresse / afdeling:		

SUPPLERENDE OPLYSNINGER:	

Patienten er orienteret om undersøgelsen og de risici, der er forbundet hermed.
Patienten har accepteret undersøgelsen.
Dato og henviser underskrift:

For yderligere information om stråledoser og information om risikoen ved røntgenundersøgelser henvises der til sundhed.dk og ssi.dk.