

Sygehus	Patient
Navn, afdeling og postadresse	Personnr., navn og adresse

<input type="checkbox"/> Indlægges	<input type="checkbox"/> Ambulant	Telefon: Privat	Telefon: Evt. arbejde
<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Subakut	<input type="checkbox"/> Elektiv	
Befordring		Særlige behov	
<input type="checkbox"/> Liggende	<input type="checkbox"/> Siddende	<input type="checkbox"/> Selv	

Henvisningsdiagnose (herunder evt. bidiagnose / Ønsket undersøgelse / Ønsket behandling)

Lægellige oplysninger

Forbeholdt visitationen / afdelingen	Henvisende læge
	Ydemr., navn, adresse, telefonnr. Dato og underskrift (Stempel)