Region Jönköpings län

REMISS VENESECTIO TERAPEUTISK

Verksamhet (mott), remitterande	Personnummer (år, månad, dag och nummer) Namn Adress Telefonnummer

1. Diagnos (som föranleder venesectio)			
2. Övriga/tidigare diagnos/er			
3. Patientens allmäntillstånd			
4. Ev betablockad			
5. Hb, g/L	Ev EVF	Ev Ferritin, ug/L	Datum
6. Patientens vikt, kg			
7. Önskad avtappad volym, mL			
8. Önskat tappningsintervall			
9. Önskat målvärde			

Underskrift

Ort och datum	
Läkares underskrift	Namnförtydligande
Remissvar	

© Region Jönköpings län RjL1060 Version 1 2015.01