

PÄIVYSTYKSELLINEN LAUSUNTOPYYNTÖ RÖNTGENKUVISTA

(= Potilaan tila/hoito vaarantuu ilman röntgenlausuntoa ja siitä saatavaa tietoa.)

Yhteystiedot kuvantaviin yksiköihin (huomaa kellonajat)

HUS Kuvantaminen **Meilahden sairaala** arkisin klo 15.30–21.45 ja viikonloppuisin 7.30–21.45

ilmoitus lausuntopyynnöstä: 09 471 72498

faksi: 09 471 76635

HUS Kuvantaminen **Meilahden sairaala** klo 21.45–7.30

ilmoitus lausuntopyynnöstä: 09 471 76365

faksi: 09 471 76366

HUS Kuvantaminen **Töölön sairaala** klo 21:30–7:30

ilmoitus lausuntopyynnöstä: 09 471 87360

faksi: 09 471 87767

HUOM! Täytä jokainen kohta SELKEÄSTI!

Faksatessa **SOITTO** lausunnon antavaan yksikköön!

Potilaan koko nimi: _____

Potilaan HETU: _____

Tutkimuksen AC -numero: _____

Lausuntoa pyytävä lääkäri: _____

Pyytävän lääkärin puh.nro: _____

Puhelinnumero ongelmatilanteita varten: _____