

Henvisning til fodscanning.

Henviser:
(Stempel)

Dato:

Patientens Navn:

CPR nummer:

Højde

Vægt

Skonummer

Henvisningsårsag

Særlige
foddeformiteter:

(Felter herunder udfyldes af klinikken)

Dato:

Scanning udført

____ / ____ 20

Scanning betalt

____ / ____ 20

Depositum opkrævet

____ / ____ 20

Indlæg bestilt

____ / ____ 20

Restbeløb betalt

____ / ____ 20

Indlæg udleveret til patient/ henvisende behandler

____ / ____ 20