

# EEG-REMISS

**Patient:**

P-nr  
Namn  
Adress  
Ort  
Telefon

**Remiss till:**

**Avd för klinisk neurofysiologi  
Akademiska sjukhuset  
751 85 UPPSALA**

Rörpost: DE 83

**Remittent:**

Enhet, namn  
Adress  
Postadress  
Datum  
Läkare

**Diagnos och frågeställning:**

AKUT  Svar till: tel  Fax  Rörpostnr

**Anamnes, status och medikation: (för neonatala EEG, ange alltid gestationsålder)**

**Resultat neuroradiologi:**

**EEG SVAR:**

