

Legkontor/enhet:

Navn:		Foretaksnr.:
Besøksadresse:		Telefonnr.:
Postadresse:		Telefaks:
Postnummer:	Poststed:	HER ID:
Kontaktperson:	E-post adresse:	Telefonnr.:
Teknisk kontaktperson:	E-post adresse:	Telefonnr.:

Journalssystem:

Systemnavn:		Versjon:
Leverandør:		
Kontaktperson:	E-post adresse:	Telefonnr.:

Kommunikasjon / EDI løsning:

Helsenettadresse (NHN adr.)					
Leverandør:					
Kontaktperson:		E-post adresse:		Telefonnr.:	
Røntgen	<input type="checkbox"/>	Røntgensvar	<input type="checkbox"/>	Røntgenrekvisisjon	
Laboratoriemedisin	<input type="checkbox"/>	Biokjemi	<input type="checkbox"/>	Mikrobiologi	<input type="checkbox"/>
				Patologi	<input type="checkbox"/>
				IHR	<input type="checkbox"/>
Kommentarer eller spesielle krav mht. meldingsutveksling :					

Leger:

Leger som er tilknyttet legkontoret/senteret/enheten:		
Helsepersonellnummer (HPR)	Navn	HER ID nr.

Skjemaet sendes:

Unilabs Røntgen

Mail: kundesenter@unilabs.com

Telefaks: 23 34 81 15

Tlf.: 21 00 08 00

Unilabs Laboratoriemedisin

Mail: laboratoriemedisin@unilabs.com

Tlf.: 21 00 08 00