

REMISS KLINISK OBDUKTION  
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Remitterande inrättning: (fullständig adress och kostn.ställennr)  
OBS! TYDLIG TEXT. REMISSEN SCANNAS, ANVÄND STARKT FÄRGTRYCK.

Patient: personnummer , (10 siffror), namn, adress  
Använd patientkort eller skrivmaskin

Remitterande läkare (vg texta):

Tjänsteställe, telefonnummer:

SKRIV EJ HÄR

Läkare som önskar kallas till OBD Namn: .....  
Tel + sök: .....

Extra svars kopior till: .....

Endast partiell obduktion  
vg. specificera nedan:

Finns implantat (typ pacemaker):  JA  NEJ

Dödsdatum	Klockslag	Obd datum	Obd nr
-----------	-----------	-----------	--------

OBS!  
Endast avlägsnande av implantat  
vg. specificera nedan:

Kort sammanfattning av sjukhistoria och särskild frågeställning:

.....  
Remissdatum Läkare

Det finns anhörigmedgivande till obduktion och samtycke till att prover med tillhörande personuppgifter sparas för diagnostik och därmed jämförlig verksamhet.

Laboratoriets anteckningar

Preparatkod

Kostn. grupp Sign