

Inremitterande inrättning (fullständig adress)

Kostn. st. nr. Obligatorisk uppg

Kostn. st. nr. vid annan debiteringsadress

Kostn. st. nr. vid annan svarsmott klinik

Fixering: Formaldehyd Ofix

Fryssnitt till tfn:

Snabbsvar svar till tfn:

Extra svars kopier till:

**SKRIV INTE
I GULA FÄLT**

TILL HUDTEAMET

Preparatbeskrivning:

Kliniska data, frågeställning:



Op.datum	Remitterande läkare	Preparatkod
----------	---------------------	-------------

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informeras om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan skall göras om patienten inte samtycker.

Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talång bifogas. Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)

Antal glas Sign	Kostn.grupp	Sign
	Antal kloss	Sign
	Storsn. kloss	Sign
	Antal glas Sign	
	Storsn. glas Sign	
	<input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/> Foto <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> Imprint <input type="checkbox"/> Material -70° <input type="checkbox"/> Annat	
	Inlämn sign	

PATOLOGI

PATOLOGI

PATOLOGI