

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:

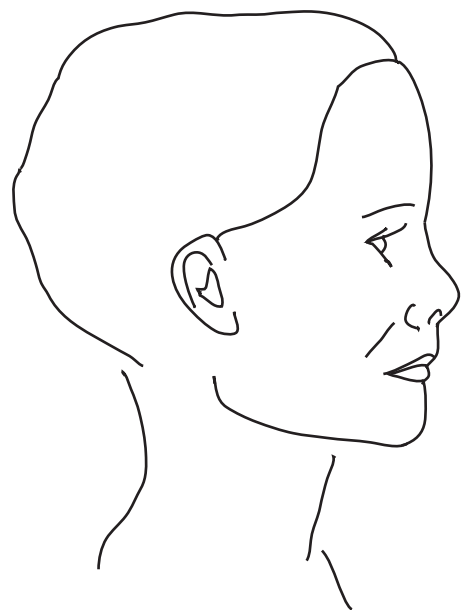
Extra svars kopier till:

**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.

Kostn.grupp	Sign
Antal kloss	Sign
Storsn. kloss	Sign

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

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
<input type="checkbox"/>	Inlämn sign