

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:

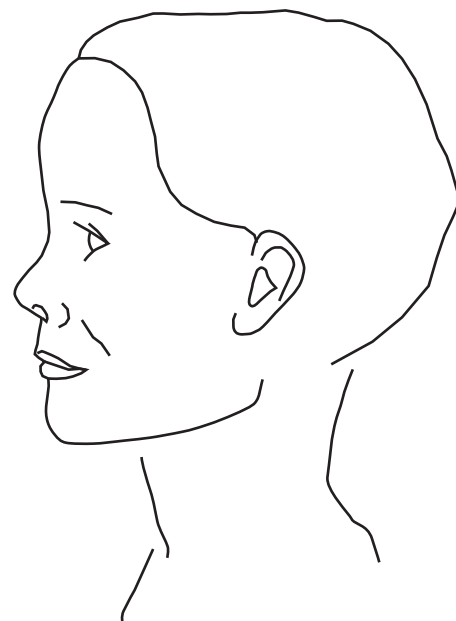
Extra svars kopier till:

**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

Storsn. glas Sign

EM
 Foto
 IF
 Imprint
 Material -70°
 Annat

Inlämn sign