

Inremitterande inrättning (fullständig adress)

Kostn. st. nr. \_\_\_\_\_ Obligatorisk uppg

Kostn. st. nr. vid annan debiteringsadress

Kostn. st. nr. vid annan svarsmott klinik

SKRIV INTE  
I GULA FÄLT

Fixering: Formaldehyd

Njurbopsivätska

Ofix

Klockslag för fixering \_\_\_\_\_

Frysnitt till tfn:

Snabbsvar svar till tfn:

Extra svars kopier till:

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-talong 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

EM

Foto

IF

Imprint

Material -70°

Annat

Inlämn sign