

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 svarskopia till:

SKRIV INTE
I GULA FÄLT

TILL BEN/MJUKDELSTEAMET

Preparatbeskrivning:

Kliniska data, frågeställning:

Op.datum

Remitterande läkare

Preparatkod

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats 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-talung 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