

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. <input type="checkbox"/> Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talung bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.		Kostn.grupp Sign
		Antal kloss Sign
		Storsn. kloss Sign
		Antal glas Sign
Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)		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		