

Svar till

Reserverad plats för
laboratoriets provnummer

Patient (personnr, namn)

Betalningsansvarig/kombikakod

Kopia till

Provtagningsdatum

Rem läkare

Inskickande av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

- Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.
- Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

 SNABBSVAR tel

Antal burkar/rör Prov i formalin dat kl.

 FRYSSNITT tel

Packat och inskickat av tel

Preparatet utgörs av

Anamnes, klinisk data, **obligatorisk**Strålterapi, cytostatika, hormonterapi, när? Nej

Klinisk diagnos

Frågeställning

LABORATORIEANTECKNINGAR

		Burkar	Granskare	BMA	Avvikelse
		Klotsar	Glas		
		Storsnitt	Fryst matr	Foto/Rtg	Allt b
		Färgningar			Imprint
		IH			
		Efterbeställningar			

Inlämningsdatum:

REMISS HISTOPATOLOGI