

Blankett

**Beställande klinik:

**Kontaktperson:

**Medicinskt ansvarig:

Identifierbara patientuppgifter får ej faxas då sekretesskydd saknas.
Ring vid behov Patologi & Cytologi, Dalarna för PAD-nummer .
Tfn 023 - 49 25 42. Fax nr 023 - 49 23 89

**Syfte : (Individuell vård och behandling av patienten som t ex eftergranskning, rond etc)

.....

Kopior på följande journalhandlingar önskas: (PAD-nummer och fyra sista siffror i pers nr)

.....

Följande preparat önskas: (PAD-nummer och fyra sista siffror i pers nr)

.....

Diagnostiska glas	<input type="checkbox"/>	
Antal snitt per glas	<input type="checkbox"/>	
Antal superfrost plus-glas	<input type="checkbox"/>µm
Antal obehandlade glas	<input type="checkbox"/>µm
Antal snitt i rör för DNA, ange tjocklek	<input type="checkbox"/>µm

Legalt stöd vid begäran om utlämnande; (ange ett alternativ)

- Inhämtat SAMTYCKE:** Ange om patienten givit ett uttryckligt samtycke till att beställaren tar del av preparatet och/eller journalhandling enligt ovan. Samtycket ska finnas journalfört.
- Utlämnandet förutsätter att det står klart, att ett utlämnande inte är men, dvs skada eller nackdel för patienten eller närstående till denne, i enlighet med 25 kap 1§ offentlighets-och sekretesslagen
- Särskilt lagstöd åberopas, nämligen.....

Motivering eller övriga kommentarer:

** Obligatorisk uppgift