

Blankett

****Beställande klinik:**

****Kontaktperson:**

****Medicinskt ansvarig:**

****Preparat/journalhandlingar skickas till:**.....

*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		
Antal snitt per glas		
Antal superfrost plus-glas		µm
Antal obehandlade glas		µm
Antal snitt i rör för DNA, ange tjocklek		µm

SAMTYCKE:

Inskickande av denna beställning bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har givit sitt direkta eller indirekta samtycke till att beställaren tar del av preparat/journalhandlingar enligt ovan.

Motivering eller övriga kommentarer:

**** Obligatorisk uppgift**