**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 TOMO-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