

Patologi och cytologi Dalarna Falu lasarett, 791 82 Falun Tel lab 023-49 27 97, sekr. 023-49 25 42		Pers.nr Namn	
Från (fullst adress, klinik, avd, mott)		Adress	
Tel Svar till		Tel	
Kopia till		Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kommer att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta. ☐ 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 Anledning Provtagningsdatum	
Anamnes, status		Om snabb diagnos önskas, kryssa i rutan!	
Klinisk diagnos		Frågeställning	
Antal glas lufttorkade märkta L		Provet utgörs av	
Antal glas spritfixerademärkta S		Antal burkar/rör	