

Tel.

Svar till

Kopia till

Pers.nr

Namn

Adress

Tfn

Inskickandet 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.

Anledning:.....

Provtagningsdatum

Remitterande läkare

Sign

Anamnes, status

 Om snabb diagnos önskas
kryssa i rutan

Klinisk diagnos

Frågeställning

Antal glas lufttorkade

märkta L

Provet utgörs av

 Antal
burkar/rör

Antal glas spritfixerade

märkta S

Läkare

Cytodiagnostiker

Laboratorieanteckningar

Antal glas

Antal klotsar

BAL

BO

BR

EX

SP

BL

PK

BU

IH glas

ISH glas

Allt bäddat