

Tel.

Svar till

Kopia till

Provtagningsdatum och tid

Ankomsttid till lab

Anamnes, status

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.

Rem läkare

Sign

Om snabb diagnos önskas kryssa i rutan

Klinisk diagnos

Frågeställning

Preparatet utgörs av

Antal burkar/rör

 Utsk. läk

 Ass. BMA

Laboratorieanteckningar

Antal glas

Antal klotsar

NB glas

NB klotsar

SS glas

SS klotsar

DNA

Flöde

IH glas

ISH glas

IF glas

PCR

Spec. färgning

Allt bäddat

Dat	Beställning	Sign	Dat	Beställning	Sign