



LAB. NUMMER (etikett)

PATOLOGI

Namn, personnummer

Remitterande läkare

Provtagande enhet

Remitterande enhet
mottagning/avd, sjukhus, stad

Datum

Tid

Debiteras

Preparatet utgörs av:

Kopia till

Kliniska uppgifter / frågeställning:

☐ FRYSSNITT (tfn/sökarnr)☐ SNABBSVAR
(tfn/sökar/fax/rörpostnr)☐ SVF

TEXTA FÖR INSCANNING

☐ HEMATOPATOLOGI☐ NEUROPATOLOGI☐ MOLEKYLÄRPATOLOGI☐ Inget preparat insänds, följande prov önskas eftergranskat:
(PADnr/år/laboratorium)

Samtliga prover som skickas till laboratoriet sparas rutinmässigt

SAMTYCKE:

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.**LABORATORIETS ANTECKNINGAR****PRISKOD**

--	--	--	--	--

LÄKARE 1 LÄKARE 2

--	--	--	--	--

Antal Burkar/Glas:

Provmärkning	Frys
Utskäring	Skrap
Snitt	Spec. färgn.
Slutkontroll	

EFTERBESTÄLLNINGAR

8476457898