

Svar ska sändas till	Speciella önskemål ☐ Fryssnitt ☐ Snabbsvar Tel/Sök _____ ☐ SVF _____ ☐ Svar senast _____ Datum: _____ ☐ MDK _____ Datum: _____	Personnummer och fullständigt namn	
		Datum	Rem. läkare
☐ Kopia _____ ☐ Deb. om annan än svarsmottagare _____			

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare / närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten inte samtycker.

- ☐ **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

Anamnes - status - op - fynd - behandling etc.
Klinisk frågeställning:
Preparatet utgörs av:

Antal burkar/rör: _____

Packat och inskickat av:

Sign _____ tel _____

		Burkar	Granskare	BMA	Avvikelse
		Klotsar		Glas	
		Storsnitt	Fryst matr	Foto/Rtg	Alt b
		Färgningar			Imprint
		IH			
		Efterbeställningar			

Inlämningsdatum: