|  |  |
| --- | --- |
| REMISS PAD/CD | Namn, personnummer och adress |
| Från: Klinik, avd/mott      |       |
| [ ]  Fryssnitt. Tel       Snabb nr      [ ]  Svarskopia till      [ ]  Svar till fax nr      [ ]  Svar önskas senast      Fixering: [ ]  4% buffrad formaldehyd [ ]  Bergströms |  |
|  | Relevanta tidigare undersökn Kalmar Annat lab Var       År      [ ]  PAD [ ]  CD [ ]  VS [ ]  [ ]  Nr       |
| Antal burkar/rör/glas       | Sign.av inlämnare |  |
| Klin diagnos:       | [ ]  **SVF**Undergrupp:      |  |
| Anamnes/status/lab:      <https://www.regionkalmar.se/samarbetsportalen/it-system/provtagningsanvisningar/>  |
| 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.[ ]  **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. |
| Typ av ingrepp / preparat       |
| Frågeställningar, önskemål      | Prov-datum Rem läkare (klartext)            |
| **Labnoteringar**Art.nr 6132 | Accept |
|  | Läkare/BMA |
|  | Provtyp/Topo |
|  | □Allt |
|  | □Niv |
|  | □Färger ……………………… ……………………... |

 

Länssjukhuset i Kalmar

Pat cyt lab

391 85 KALMAR

Tel 0480-812 43