|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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