



REMISS PAD/CD

Namn, personnummer och adress

Från: Klinik, avd/mott

- Fryssnitt. Tel Snabb nr
 Svarkopia till
 Svar till fax nr
 Svar önskas senast

Fixering: 4% buffrad formaldehyd Bergströms

Relevanta tidigare undersökn Kalmar Annat lab Var
 PAD CD VS År
 Nr

Antal burkar/rör/glas

Sign.av inlämnare

Klin diagnos:

SVF
 Undergrupp:

Anamnes/status/lab:

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

Accept

Läkare/BMA

Provtyp/Topo

Allt

Niv

Färger
