

Remiss: patologi gastro nedre

Plats för etikett Blodsmitta

Svar till, ange remittentens Kundkod

Telefon nr:

Om annan ska debiteras, ange Kundkod

Remittent, ange RSid eller annat id

Remissanledning

Hälsovård Standardiserat vårdförlopp

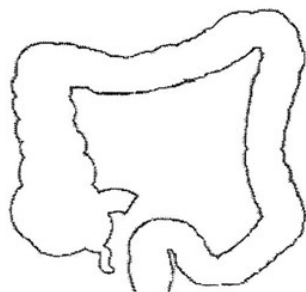
Svarskopia till, ange Kundkod

Patient-ID och namn, skriv eller använd etikett



Anamnes, frågeställning samt ev. önskemål om samtidig histologisk eftergranskning eller kompletterande övriga analyser (t ex IHC)

RESERVERAD plats för laboratoriets etikett



Fryssnitt

Tel nr

Snabbsvar

Tel nr

Studiepatient Ja Nej

Tidpunkt och datum i formalin

20..... - -

Kl..... :

Preparatet utgörs av:.....

Återbesök:.....

Antal skickade burkar	
-----------------------	--

Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	RSID
-------	-----------------	-------------------	------

Laboratoriets interna anteckningar

Uppackning och kontroll	
Diagnostiker	

Biobanken, 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.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

2024593735

Labmedicin Klinisk patologi

251 87 Helsingborg 042 - 406 19 77
291 85 Kristianstad 044 - 309 19 70
221 85 Lund 046 - 17 35 10
205 02 Malmö 040 - 33 14 02

