

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT		Borstprov - Cillie funktion	
EXTRA KOPIA		Personnummer:	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET LUND TFN: 046- 17 35 10 EM avd, Klinisk Patologi, Labbmedicin Universitetssjukhuset Lund 221 85 Lund		Namn:	
PROVTAGNINGSDATUM OCH REMITTERANDE LÄKARE		<input type="checkbox"/> SNABBSVAR TFN/SÖK <input type="checkbox"/> STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP 	
AVSÄNT ANTAL	SIGN	MOTTAGET	SIGN
BURKAR/GLAS	TFN	ANTAL	
		<input type="checkbox"/> SVAR SENAST	<input type="checkbox"/> OFIXERAT PROV
SJUKHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING		PROVET UTGÖRES AV	
Inskickande 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. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och Därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke		PAD NR (STRECKKOD) SKRIV EJ HÄR !	