

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT		HISTOLOGI <input type="checkbox"/>		HEMATOLOGI <input type="checkbox"/>	
EXTRA KOPIA		Personnummer:		Namn:	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET LABORATORIEMEDICINSKA KLINIKEN Patologi 701 85 ÖREBRO		TFN: 019-6021340 FAX: 019-6021035			
PROVTAGNINGSDATUM OCH REMITTERANDE LÄKARE		<input type="checkbox"/> FRYSSNITT		<input type="checkbox"/> SNABBSVAR TFN/SÖK .....	
		<input type="checkbox"/> STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP		.....	
AVSÄNT ANTAL	SIGN	MOTTAGET	SIGN	OBS ! Endast om prov måste prioriteras	
BURKAR/GLAS	TFN	ANTAL		<input type="checkbox"/> SVAR SENAST .....	
SJUKHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING				<input type="checkbox"/> OFIXERAT PROV	
				PROVET UTGÖRES AV	
				1 .....	
				2 .....	
				3 .....	
				4 .....	
				5 .....	
				6 .....	
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.				PAD NR (STRECKKOD)	
<input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och Därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas				SKRIV EJ HÄR !	
<input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke					



**Region Örebro län**  
**Laboratoriemedicinska kliniken**  
**Patologi**

Våra provtagningsanvisningar når du via vår hemsida på [www.regionorebrolan.se/uso/labmed](http://www.regionorebrolan.se/uso/labmed) och intranätet.

För biobanksinformation se [www.regionorebrolan.se/biobank](http://www.regionorebrolan.se/biobank)