

Remiss - Cytologi

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT		CYTOLOGI	
EXTRA KOPIA		Personnummer:	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET LABORATORIEMEDICINSKA KLINIKEN Patologi 701 85 ÖREBRO		Namn:	
TFN: 019-6021340 FAX: 019-6021035			
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
SJKHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING			PROVET UTGÖRES AV
<p>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.</p> <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 !



Region Örebro län
Laboratoriemedicinska kliniken
Patologi

Våra provtagningsanvisningar når du via vår hemsida på www.regionorebrolan.se/uso/labmed och intranätet.

För biobanksinformation se www.regionorebrolan.se/biobank