Rensa

Remiss - Histologi

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer: Namn:
EXTRA KOPIA	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO TFN: 019-6021340 LABORATORIEMEDICINSKA KLINIKEN FAX: 019-6021035 KLINISK PATOLOGI OCH GENETIK 701 85 ÖREBRO	
PROVTAGNINGSDATUM OCH REMITTERANDE LÄKARE	☐ FRYSSNITT ☐ SNABBSVAR TFN/SÖK ..... ☐ STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP .....
AVSÄNT ANTAL SIGN BURKAR/GLAS TFN	MOTTAGET SIGN ANTAL
	OBS ! Endast om prov måste prioriteras ☐ SVAR SENAST ..... ☐ OFIXERAT PROV

SJUKHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING	PROVET UTGÖRS 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. ☐ 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	PAD NR (STRECKKOD) SKRIV EJ HÄR !

Region Örebro län
Laboratoriemedicinska kliniken
Klinisk patologi och genetik

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

För biobanksinformation se www.regionorebrolan.se/biobank