

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT		Remiss - Muskelbiopsi	
		Personnummer:	
		Namn:	
EXTRA KOPIA			
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET TFN: 019-6023080 LABORATORIEMEDICINSKA KLINIKEN FAX: 019-6021035 MUSKELCENTRUM/Patologi 701 85 ÖREBRO			
PROVTAGNINGSDATUM OCH REMITTERANDE LÄKARE		<input type="checkbox"/> ÖNSKAR UPPFÖLJNING VIA DYSTROFYREGISTER <input type="checkbox"/> TIDIGARE BIOPSI	
AVSÄNT ANTAL BURKAR/GLAS	SIGN TFN	MOTTAGET ANTAL	SIGN
			<input type="checkbox"/> SVAR SENAST <input type="checkbox"/> OFIXERAT PROV
SJUKHUSHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING		<u>PROVET UTGÖRS AV</u>	
		I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
		VI	
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. <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 !	



Universitetssjukhuset Örebro
Laboratoriemedicinska länskliniken

ÖREBRO LÄNS
LANDSTING

Patologi

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

För biobanksinformation se www.orebroll.se/biobank