

## REMISS - OBDUKTION

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer:
EXTRA KOPIA	Namn:
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VO LABORATORIEMEDICIN KLINISK PATOLOGI OCH GENETIK 701 85 ÖREBRO	TFN: 019-602 53 85 FAX: 019-602 10 35
REM.DATUM	DÖDSDATUM ..... KLOCKSLAG .....
REM. LÄKARE	ÖNSKAR BLI KALLAD TILL OBDUKTION TFN/SÖK .....
SJUKHUSHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING	Har patienten smittsamma sjukdomar? Ja Nej Om ja, ange vad samt om patienten är behandlad.
BESTÄMMELSERNA I OBDUKTIONSLAG (1995:831) SAMT FÖRESKRIFTER (SOSFS (1996:28) ANGÅENDE ANHÖRIGS UNDERRÄTTANDE M M HAR IAKTAGITS	PAD NR (STRECKKOD)  SKRIV EJ HÄR !
ÖREBRO DATUM .....	ANSVARIG LÄKARE .....



Region Örebro län

VO laboratoriemedicin  
Klinisk patologi och genetik

Remiss ska fyllas i på dator.  
Handskrivna remisser accepteras ej.

För information om bårhusverksamhet och obduktion se: <https://vardgivare.regionorebrolan.se/sv/vardriktlinjer-och-kunskapsstod/provtagningsinformation/remiss-avliden/>