

Remiss - Histologi - Hematologi

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT EXTRA KOPIA TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET LABORATORIEMEDICINSKA KLINIKEN Patologi 701 85 ÖREBRO TFN: 019-6021340 FAX: 019-6021035		HISTOLOGI <input type="checkbox"/> HEMATOLOGI <input type="checkbox"/> Personnummer: Namn: <input type="checkbox"/> FRYSSNITT <input type="checkbox"/> SNABBSVAR TFN/SÖK <input type="checkbox"/> STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP	
PROVTAGNINGSDATUM OCH REMITTERANDE LÄKARE		OBS ! Endast om prov måste prioriteras <input type="checkbox"/> SVAR SENAST <input type="checkbox"/> OFIXERAT PROV	
AVSÄNT ANTAL BURKAR/GLAS	SIGN TFN	MOTTAGET ANTAL	SIGN
SJUKHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING		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. <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 !	



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

För biobanksinformation se www.regionorebrolan.se/biobank