



Företaget där den anställda arbetar		Ifylls av laboratoriet	
		Id nr	Sign
		Ankomstdatum	
Provtagare/kontaktperson		E-post	
Prov datum	Telefonnummer	Fakturamärkning	
Beställande företag/kund (fullständig postadress)		Debiteringsuppgifter (ingen vidarefakturerings)	

Önskad analys - endast en typ av analys per blankett. Provtagningsanvisning finns på blankettens baksida.

Blodanalyser

Analyspaket B-Pb, µmol/l och B-Cd nmol/l

Rökare Nej Ja Om ja, hur många cigaretter per dag: (Tobaksinfo kan även anges på raden under namnet)

Urinanalyser

*U-Fluorid, µmol/l

U-Cd, nmol/l inkl. analys av kreatinin och protein HC

Annat element i urin efter överenskommelse, ange element: _____

Diagnos, exposition, frågeställning m m

Efternamn, förnamn. Texta tydligt!	Personnummer	Ifylls av laboratoriet

OBS! Mer utrymme finns på blankettens baksida.

Ackrediterad metod

* Analysen utförs en gång/månad. Provet ska vara laboratoriet tillhanda sista vardagen i månaden.

Allmänna villkor och gällande pris återfinns på laboratoriet hemsida: www.regionorebrolan.se/ammlab

Laboratoriets allmänna villkor godkännes genom detta beställningserkännande

Beställarens underskrift

OBS! Blanketten återsändes om underskrift saknas

Detta gäller som avtal mellan beställare och laboratoriet. Om laboratoriet inte kan uppfylla villkoren meddelas beställaren omgående och nytt avtal får skrivas.

Postadress

Arbets- och miljömedicin

Universitetssjukhuset Örebro

701 85 Örebro

Besöksadress

S Grev Rosengatan

Telefon

019 - 602 35 87

Telefax

019 - 12 04 04

Org nr

232100-0164

