



Analysbeställning, biologiska prover

Ifylls av laboratoriet		
Företaget där den anställda arbetar	Id nr	Sign
	Ankomstdatum	
Provtagare/ kontaktperson		
Provtagningsdatum		
Telefonnummer		
E-postadress	Fakturamärkning	
Beställande företag/ kund (fullständig postadress)	Debiteringsuppgifter (ingen vidarefakturerering)	
Önskad analys - endast en typ av analys per blankett. Provtagningsanvisning finns på blankettens baksida.		
Blodanalyser		
☐ Analyspaket B-Pb, $\mu\text{mol/l}$  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, $\mu\text{mol/l}$		
☐ 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

