

KLINISK PATOLOGI OCH CYTOLOGI
 CENTRALLASARETTET 351 85 VÄXJÖ
 Telefon 0470-58 75 10

Personnummer

Avsändare (fullständig adress, avdelning/mottagning)

Namn

Adress

Provtagningsdatum

Provtagande läkare (i klartext)

**SNABB-
SVAR**

PAD-nr/Streckkod

Extra kopia till (namn, fullständig adress)

 FRYSSNITT

Telefon/Snabbnummer

Telefon/Personsökare

Diagnos/Frågeställning

Anamnes, status och terapi av betydelse för morfologisk bedömning

VIKTIGT! REMISSEN SCANNAS – ANVÄND STARKT FÄRGTRYCK. TEXTA!
**Obligatorisk
biobanksinformation,
var god se längst ner**

Preparatet utgörs av

Antal preparatrör/burkar

Packat, inskickat av

Telefon

För patologlabs noteringar

	Uppackn	Färska prep	Frys	Utsk stort	Ass utsk	Utsk smått	Ass smått	Inbädd	Snittn	
Signatur										

Biobanksinformation

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alternativt vårdhavare/närstående) har fått information om – och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

 Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas

 Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke