

Inremitterande inrättning (fullständig adress)	Patient: personnummer, (10 siffror), namn, adress
--	---

Inremitterande läkare, namn och telefon:	SKRIV INTE I GULA FÄLT
Inremitterande klinik: Ange ansvarsnummer	

Debiteras:	PAD: <input type="checkbox"/> Lymfom <input type="checkbox"/> Gyn <input type="checkbox"/> Urologi <input type="checkbox"/> Mag/tarm <input type="checkbox"/> Bröst <input type="checkbox"/> Hud Övrigt: _____
Svarsmottagande klinik:	
Extra svarskopia till:	Fixering: <input type="checkbox"/> Formaldehyd <input type="checkbox"/> Ofixerat Klockslag för fixering: _____ <input type="checkbox"/> Njuriopsivätska <input type="checkbox"/> Annan fixering: _____
<input type="checkbox"/> Snabbsvar till tfn: _____	

Begärd undersökning: <input type="checkbox"/> Fryssnitt till tfn: _____ <input type="checkbox"/> SVF <input type="checkbox"/> Molekylärpatologi <input type="checkbox"/> Eftergranskning <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Komplettering <input type="checkbox"/> Rond <input type="checkbox"/> Studieprov	Märkning och numrering på burkar/klossar/glas sammanlagt antal _____
--	---

Klinisk data, frågeställning:	<input type="checkbox"/> Inget biobanksmaterial inskickat
--------------------------------------	---

Datum	Inremitterande läkare	Preparatkod
Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan skall göras om patienten inte samtycker.		Kostn.grupp Sign
		Antal kloss Sign
		Storsn. kloss Sign
<input type="checkbox"/> Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.		
<input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.		
Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)		
		Antal glas Sign
		Storsn. glas Sign
		<input type="checkbox"/> EM
		<input type="checkbox"/> Foto
		<input type="checkbox"/> IF
		<input type="checkbox"/> Imprint
		<input type="checkbox"/> Material -70°
		<input type="checkbox"/> Annat
		<input type="checkbox"/> Inlämn sign