

Avsändare: Kundid/kombikakod	Patientid/Fullst personnr, namn													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Kundnamn:														SYNLAB provnr.
Betalas av försäkringsbolag: Skadenummer:														

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

☐ Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Provtagningsdatum	Rem läkare	Svarskopia till
Snabbsvar önskas ☐		

SYNLAB 

Telefon 010- 251 42 04
Telefax 08- 567 941 91
www.synlab.se