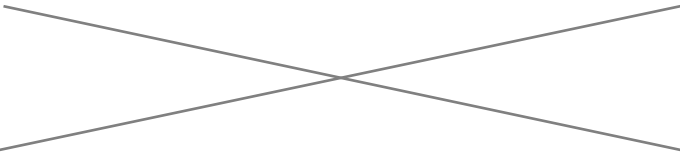


REMISS, Patologi / Cytologi allmän

Avsändare: Kundid/kombikod <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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Kundnamn:																						Patientid/Fullst personnr, namn SYNLAB provnr. 
Betalas av försäkringsbolag:																						

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/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.

Kliniska uppgifter: anamnes, frågeställning och provtagningsställe (aktuell kemo- eller radioterapi, diagnoser vid annan sjukvårdsinrättning)

Provtagningsdatum	Rem läkare	Svarskopia till
Snabbsvar önskas <input type="checkbox"/>		

SYNLAB anteckningar