REMISS, **Dermatopatologi**

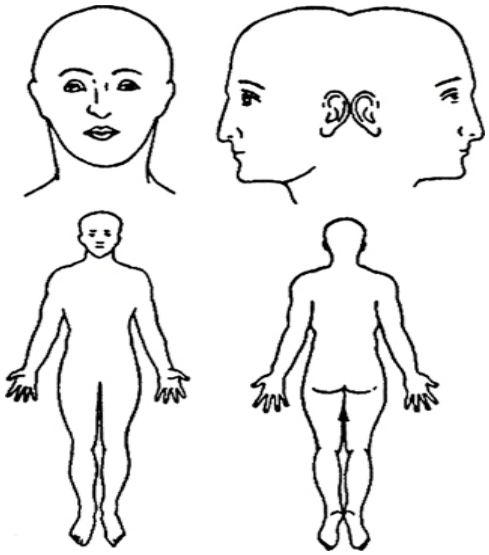
Avsändare: Kundid/kombikakod	Patientid/Fullst personnr, namn
Kundnamn:	SYNLAB provnr.
Betalas av försäkringsbolag:	

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)



Provtagningsdatum	Rem läkare	Snabbsvar önskas ☐

SYNLAB anteckningar

M0012 2022-05-01

SYNLAB

Avdelning Klinisk Patologi / Cytologi
Postadress: Box 1550, 183 15 TÄBY
Besöksadress: Nytorpsvägen 30, Näsby Park, TÄBY
Organisationsnr. 559179-2881

Telefon 08-123 192 00
Telefax 08-123 192 10
www.synlab.se