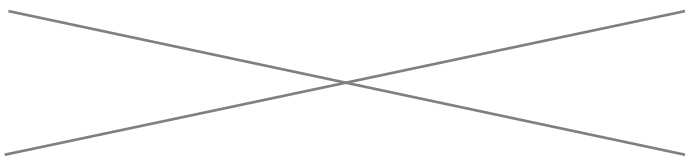



REMISS, Patologi coloskopi

Avsändare: Kundid/kombikakod <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> Kundnamn:																				Patientid/Fullst personnr, namn SYNLAB provnr. 
Betalas av försäkringsbolag: Skadenummer:																				

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

SYNLAB anteckningar

M0014 2024-11-20