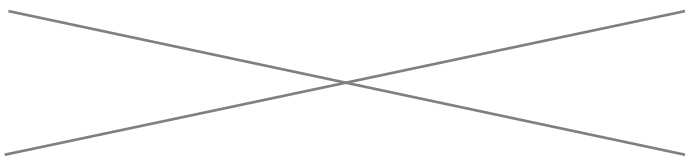



# REMISS, Patologi coloskopi

<p>Avsändare: Kundid/kombikod</p> <table border="1" data-bbox="132 141 635 206"><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></tr></table> <p>Kundnamn:</p>																					<p>Patientid/Fullst personnr, namn</p>      <p>SYNLAB provnr.</p> 
<p>Betalas av försäkringsbolag: .....</p>																					

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.

<p>Kliniska uppgifter (anamnes, frågeställning och provtagningsställe)</p> 		
<p>Provtagningsdatum</p>	<p>Rem läkare</p>	<p>Svarskopia till</p>
<p>Snabbsvar önskas <input type="checkbox"/></p>		
<p>SYNLAB anteckningar</p>		

M0014 2022-05-01