

Remiss gruppundersökning mikrobiologi och vårdhygien Halland

Remitterande inrättning	Önskad undersökning <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL _{CARBA}		
	Övrigt, ange vad:		
Debiteras	Provtagningsdatum		Remitterande läkare
<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Miljö <input type="checkbox"/> Övrigt Provmaterial Provnummer Labnummer			
Personnummer, namn			
1			
2			
3			
4			
5			

Remiss gruppundersökning mikrobiologi och vårdhygien Halland

	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Miljö	<input type="checkbox"/> Övrigt	Provmaterial	Provnummer	Labnummer
6							
7							
8							
9							
10							
11							