

Remiss gruppundersökning mikrobiologi och vårdhygien Halland

Remitterande inrättning	Önskad undersökning			<input type="checkbox"/> MRSA
				<input type="checkbox"/> Övrigt _____
Debiteras	Provtagningsdatum		Remitterande läkare	
<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Patient	Provmaterial	Provnummer	Labnummer	
Personnummer, namn				
1				
2				
3				
4				
5				

Remiss gruppundersökning mikrobiologi och vårdhygien Halland

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