Skriv ut

Rem inrättning, klinik, avd/mott **Fullständig svarsadress**	Personnummer och namn
Rem läkare	

☐ **Fakturaadress inom Region Halland**	☐ **Annan fakturaadress**
Region Halland Box 310 737 26 Fagersta **Fakturareferens** (ZZ-nummer)	

Konsultation

Remiss till

Önskad analys / funktionsundersökning
Provtagning Datum:..... kl:..... Sign:..... Tfn:.....
Kliniska data, frågeställning Läkare sign.

SID-nr (anges av laboratoriet)