

Inrem avd		Persondata	
<input type="checkbox"/> Akutsvar under operation Ring patol avd innan	Tel ank		
<input type="checkbox"/> Snabbsvar önskas	Fax nr	Tel ank	Sök nr
Kopia till			
Rem läkare		Rem datum	
PAD nr			

Anamnes frågeställning, typ av preparat

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten informerats om – och samtycker till – att provet och tillhörander personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten **inte** samtycker.

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.

Provtyp _____ Patologläk _____ Antal burkar _____ Lab Personal _____ Utsk. _____ Snittn. _____ Färgn. _____ Imm. _____