

Inrem. avd.		Persondata	
Kallas för visning: (Anges alltid)		Obd nr	
..... tel.		<input type="checkbox"/> Anhöriga underrättade. (Remiss inlämnas endast om hinder för obduktion ej föreligger.)	
..... tel.			
Död datum kl	Rem läkare	Rem datum	Kopia till
Klinisk diagnos			
Sjukhistoria och särskild frågeställning			
Tidigare PAD el CYT. Ej Halmstad			
<p style="text-align: right;">Provtyp _____ Läkare _____</p>			