

Beställning PAD

| | | | |
|---|--|---|---|
| Beställare | | Personnummer, namn: | |
| Provtagningsdatum | <input type="checkbox"/> Snabb svar Tel nr:..... | <input type="checkbox"/> SVF <small>OM DET ÄR SVF ANGE VILKEN PROCESS:</small> | |
| Beställning avser: <input type="checkbox"/> Allmän Histopatologi _{P1} <input type="checkbox"/> Bröstpatologi _{P2} <input type="checkbox"/> Eftergranskning Histologi _{EP1} <input type="checkbox"/> Fetal obduktion _{P7} <input type="checkbox"/> Fryssnitt _{P3} <input type="checkbox"/> Medicinska leverbiopsier _{P8} <input type="checkbox"/> Placenta _{P6} <input type="checkbox"/> Prostata _{P4} <input type="checkbox"/> Prostata nålbiopsi _{P5} | Anamnes | | PLATS FÖR STRECKKOD, ANGES AV LABORATORIET |
| Antal provkärl | Fixeringsmetod <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> Natriumklorid <input type="checkbox"/> Histocon <input type="checkbox"/> Utan tillsats | | |
| Datum | Namnunderskrift | Namnförtydligande | |
| Laboratoriets interna anteckningar | | | |
| Laboratoriets provnummer: | | Insändarens provnummer: | |
| Biobanken , inskickandet av denna beställning bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till - att provet och tillhörande - personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. | | | |