

REMISS HÄLSOKONTROLL

Remitterande inrättning Kostnadsställe/HSA-id	Personnummer: Namn: Adress: Telefonnummer:
Fyll i samtliga uppgifter	
Provtagningsdatum (åååå-mm-dd)	Provtagare, namn: _____
Gravid Ja <input type="checkbox"/> Graviditetsvecka: _____ Nej <input type="checkbox"/>	
Passerat klimakteriet (ej haft mens senaste 12 månaderna) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Sista mens första dag: _____ (åå-mm-dd)	
eller minns ej <input type="checkbox"/> - i så fall har kvinnan blött de sista 14 dagarna? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Fött barn senaste året? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja – förlossningsdatum: _____ (åå-mm-dd)	
Hormonbehandling (alla hormonella preventivmedel inkl hormonspiral, klimakteriebehandling, även kräm) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Använder kvinnan spiral (koppar -hormonspiral)? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Topografi (ett alternativ) <input type="checkbox"/> Fullständigt prov (två portioner) <input type="checkbox"/> En portion	

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.