

Datum _____

Reproduktionsmedicin

Remiss, inför spermaprov

Avsändare/svarsmottagare (fullständig adress)

Kombikakod _____

Mottagare:

Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Reproduktionsmedicinska laboratoriet
141 86 Stockholm

Besöksadress

Reproduktionsmedicin, laboratoriet,
Novumhuset plan 4
Hälsövägen 7 eller Blickagången 6
Huddinge

Personnummer _____

Namn _____

Remissdatum _____

Föregående undersökning _____

Inskickandet av denna remiss vid provtagning bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare) har fått information om och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Önskad undersökning

Diagnos, fråga

Anamnes

Övrig information