

Beställare

Patientidentitet

Kombikod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Remitterande läkare

Personnummer/reservnummer (om handskrivet)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Läkarkod

--	--	--	--	--	--

Annan betalare (namn/kombikod)

Provtagningsstid

Blodsmitta

År

--	--

Mån

--	--

Dag

--	--

Timme

--	--

Minut

--	--

Provtagarens signatur

--

Patientsamtycke

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

**Nej** Patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

**Oförmögen** Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

Akutsvar

Telnr.....

--

Indikation/Frågeställning

Önskad undersökning

Anamnes

9276374558