

Svar till



Patient (personnr, namn)

Reserverad plats för laboratoriets provnummer

Betalningsansvarig/kombikakod

Kopia till

Datum

Rem läkare

Inskickande av denna remiss 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.

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

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

SNABBSVAR tel

Antal rör Antal glas

FAXSVAR tel

Packat och inskickat av tel

Undersökningen avser:

Anamnes, kliniska data, **obligatorisk**

Kromosomanalys av celler från venblod Na-Heparinrör

Kromosomanalys av celler från benmärg

Kromosomanalys av celler från hud

Prenatal diagnostik

FISH undersökning

.....

.....

Frågeställning

LABORATORIEANTECKNINGAR