

Svar till



Unilabs

Reserverad plats för laboratoriets provnummer

Patient (personnr, namn)

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