


| | | | | | |
|--|-----------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Rem klinik/avd | |  | | Patient (personnr, namn) | |
| Betalningsansvarig/kombikakod | | | | | |
| Kopia till | | Datum | | Rem läkare | |
| Dödsdatum | Klockslag | Tel | | Sökare | Obduktionsvisning önskas |
| Klinisk sammanfattning <input type="checkbox"/> Implantat/pacemaker <input type="checkbox"/> Blodsmitta | | | | | |
| Klinisk diagnos | | | | | |
| Frågeställning | | | | | |

REMISS OBDUKTION

LABORATORIEANTECKNINGAR

| | | | |
|--------------------|-----------|-----|-----------|
| Burkar | Granskare | BMA | Avvikelse |
| Klotsar | Glas | | |
| Färgningar | | | |
| IH | | | |
| Efterbeställningar | | | |

Inlämningsdatum