


Svar till:	 Unilabs Reserverad plats för laboratoriets provnummer	Patient (personnr, namn)
Betalningsansvarig/kombikod		Provtagningsdatum
Skadenummer	Snabbsvar SVF Fryssnitt Tel. (Endast fryssnitt)	Antal burkar/rör: Tel: Packat och inskickat av: Preparat ofix. kl. Preparat i formalin kl. Typ av undersökning: PAD Rond Eftergranskning Komplettering
Kopia till		

Preparatet utgörs av:

Anamnes, klinisk data, obligatorisk Strålterapi, cytostatika, hormonterapi: Ja Nej När?

Klinisk diagnos:

Frågeställning:

Laboratorieanteckningar

Antal burkar/rör:

Antal glas:

Signatur:

Inlämningsdatum:

REMISS HISTOPATOLOGI