


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