

## REMISS

S:t Eriks Ögonsjukhus  
Histopatologen  
Godsmottagning, Eugeniavägen, nedfart 2, 171 64 Solna  
Tel 08-672 31 75, fax 08-672 19 20  
E-post histopatologen.sankterik@sll.se

Personnummer

Namn

Adress

Remissdatum Remitterande klinik och avdelning

Remittentens kombikod Remitterande läkare

Tidigare PAD (ange PAD-nr eller noggranna tidpunkter och sjukhus)

Anamnes – Status (ev op-berättelse)

**Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.**

Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-talong bifogas.

Patienten är oförmögen att lämna samtycke vilket här vidimeras:

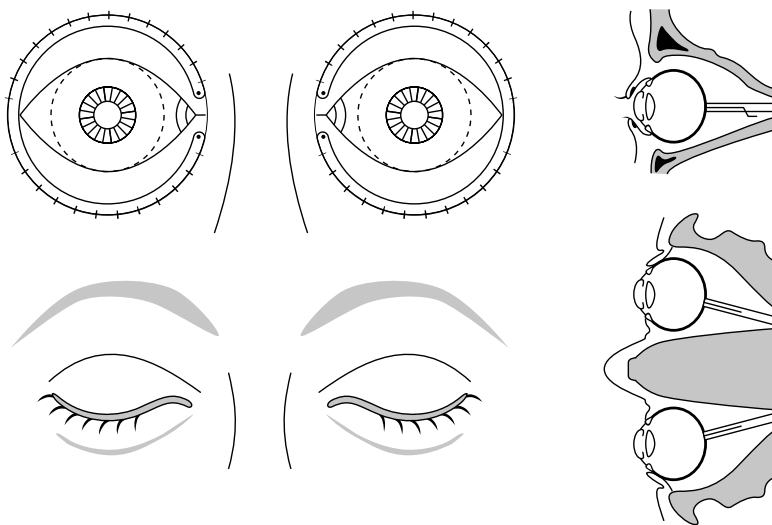
\_\_\_\_\_ (provordinerande personals signatur)

Strålbehandling eller annan terapi

Laboratoriets anteckningar

Klinisk diagnos och frågeställning

Preparatet utgörs av



PAD-NR