

REMISS

Histopatologen, S:t Eriks Ögonsjukhus
Polhemsgatan 50, 112 82 Stockholm
Tel 08-672 31 75, Fax 08-672 33 75
E-post histopatologen.sankterik@ssl.se

Remissdatum Remitterande klinik och avdelning

Remitterande läkare Remittentens kombikod

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

Anamnes – Status (ev op-berättelse)

Pers nr

Namn

Adress

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.

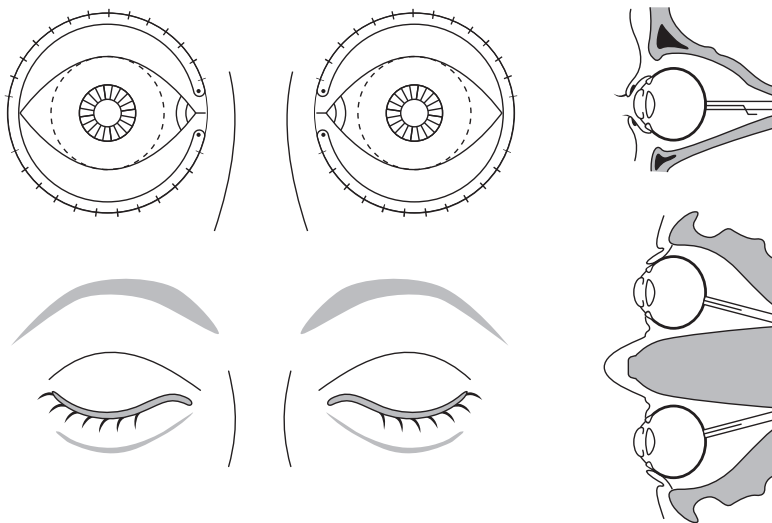
Patienten är oförmögen att lämna samtycke vilket här vidimeras:

_____ (provordinerande personals signatur)

Strålbehandling eller annan terapi

Klinisk diagnos och frågeställning

Preparatet utgörs av



Laboratoriets anteckningar

PAD-NR