

REMISS

Skicka remiss och prover till
S:t Eriks Ögonsjukhus, Histopatologen,
Box 4078, 171 04 Solna.
Våra kontaktuppgifter: telefon 08-672 31 75
eller 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:

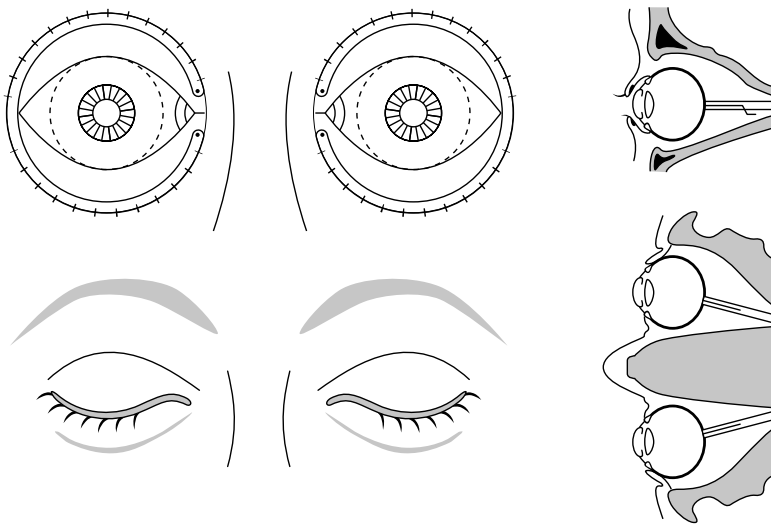
(provordinerande personals signatur)

Strålbehandling eller annan terapi

Laboratoriets anteckningar

Klinisk diagnos och frågeställning

Preparatet utgörs av



PAD-NR