

Patologi och cytologi Dalarna Falun lasarett, 791 82 Falun Tel lab 023-49 27 97, sekr. 023-49 25 42	Pers.nr Namn
Från (fullst adress, klinik, avd, mott)	Adress
Tel	Tel
Svar till	Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kommer att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta.
Kopia till	<input type="checkbox"/> Nej , patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke Anledning Provtagningsdatum
	Remitterande läkare Sign
Anamnes, status	<input type="checkbox"/> Om snabb diagnos önskas, kryssa i rutan!
Klinisk diagnos	Frågeställning
Antal glas lufttorkade märkta L	Provet utgörs av Antal burkar/rör
Antal glas spritfixerademärkta S	
Läkare	
Cytodiagnostiker	