

Blankett

****Beställande klinik:******Kontaktperson:******Medicinskt ansvarig:******Preparat/journalhandlingar skickas till:**.....

Identifierbara patientuppgifter får ej faxas då sekretesskydd saknas.
Ring vid behov Patologi & Cytologi, Dalarna för PAD-nummer .
Tfn 023 - 49 25 42. Fax nr 023 - 49 23 89

****Syfte :** (Individuell vård och behandling av patienten som t ex eftergranskning, rond etc)

.....

Kopior på följande journalhandlingar önskas: (PAD-nummer och fyra sista siffror i pers nr)

.....

Följande preparat önskas: (PAD-nummer och fyra sista siffror i pers nr)

.....

Diagnostiska glas	<input type="checkbox"/>	
Antal snitt per glas	<input type="checkbox"/>	
Antal superfrost plus-glas	<input type="checkbox"/>µm
Antal obehandlade glas	<input type="checkbox"/>µm
Antal snitt i rör för DNA, ange tjocklek	<input type="checkbox"/>µm

SAMTYCKE:

Inskickande av denna beställning bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har givit sitt direkta eller indirekta samtycke till att beställaren tar del av preparat/journalhandlingar enligt ovan.

Motivering eller övriga kommentarer:**** Obligatorisk uppgift**