REGION KRONOBERG

REMISS PUNKTIONSMOTTAGNING (U)

KLINISK PATOLOGI OCH CYTOLOGI
CENTRALLASARETTET 351 85 VÄXJÖ
Telefon 0470-58 75 10

Personnummer

Avsändare (fullständig adress, avdelning/mottagning)

Namn

Adress

Provtagningsdatum

Remitterande läkare (i klartext)

KVÅ-KOD FÖR SVF

Extra kopia till (namn, fullständig adress)

CD-nr/Streckkod

Diagnos, frågeställning

Anamnes, status och terapi av betydelse för morfologisk bedömning

VIKTIGT! REMISSEN SCANNAS – ANVÄND STARKT FÄRGTRYCK. TEXTA

Obligatorisk biobanksinformation, var god se längst ner

Preparatet utgörs av

Packat, inskickat av

Telefon

För cytologlabs noteringar

	Punktion	Ass punktion	Uppackning	Inregistrering	Scanning	Preparering	Färgn/Mont	Etikettering
Signatur								

Biobanksinformation
Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alternativt vårdhavare/närstående) har fått information om – och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

☐ **Nej**, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas

☐ Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke