

Remiss

Klinisk patologi

PAD-NR

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 patient/vårdnadshavare fått information och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

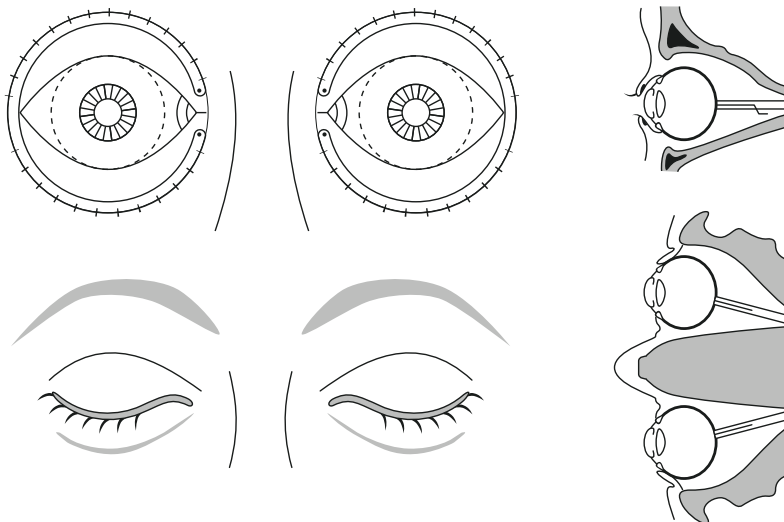
- Nej – patient/vårdnadshavare samtycker inte. Nej-talong bifogas.
- Oförmögen – patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.

_____ (provordinerande personals signatur)

Strålbehandling eller annan terapi

Klinisk diagnos och frågeställning

Preparatet utgörs av



Laboratoriets anteckningar

Burkar

Klossar

Glas

Adress för remiss och prover:

Med brev/rekommenderat brev: S:t Eriks Ögonsjukhus, Klinisk patologi, Box 4078, 171 04 Solna.

Med paket: S:t Eriks Ögonsjukhus, godsmottagning Eugeniavägen, nedfart 2, 171 64 Solna, att. Klinisk patologi.

Kontaktuppgifter: 08-123 231 75, histopatologen.sankterik@regionstockholm.se