Region Kalmar län
Länssjukhuset i Kalmar
Klinisk Patologi/Cytologi
391 85 KALMAR
Tel 010-358 12 43

REMISS PAD/CD

Namn, personnummer och adress

Från: Klinik, avd/mott

☐ Fryssnitt. Tel Snabb nr
☐ Svarskopia till
☐ Svar till fax nr
☐ Svar önskas senast
Fixering: ☐ 4% buffrad formaldehyd ☐ Bergströms

Relevanta tidigare undersökn Kalmar Annat lab Var
År
☐ PAD ☐ CD ☐ VS ☐ ☐ Nr

Antal burkar/rör/glas

Sign.av inlämnare

Klin diagnos:

☐ **SVF**
Undergrupp:

Anamnes/status/lab:

Typ av ingrepp / preparat

Frågeställningar, önskemål

Prov-datum Rem läkare (klartext)

Labnoteringar

Accept

Läkare/BMA

Provtyp/Topo

☐Allt

☐Niv

☐Färger ……

……...