



# REMISS PAD/CD

Namn, personnummer och adress

Från: Klinik, avd/mott

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

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

Antal burkar/rör/glas

Sign.av inlämnare

Klin diagnos:

**SVF**  
 Undergrupp:

Anamnes/status/lab:

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats 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.

Typ av ingrepp / preparat

Frågeställningar, önskemål

Prov-datum Rem läkare (klartext)

## Labnoteringar

Accept

Läkare/BMA

Provtyp/Topo

Allt  
 Niv  
 Färger .....  
 .....