REMISS, **Patologi / Cytologi allmän**

Avsändare: Kundid/kombikakod	Patientid/Fullst personnr, namn
Kundnamn:	Aleris Medilabs provnr.
Betalas av försäkringsbolag:	

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

Kliniska uppgifter: anamnes, frågeställning och provtagningsställe (aktuell kemo- eller radioterapi, diagnoser vid annan sjukvårdsinrättning)		
Provtagningsdatum	Rem läkare	Svarskopia till
Snabbsvar önskas ☐		

Aleris Medilabs anteckningar		
	BMA-utsk.	Antal klossar
	Läkarutsk.	Antal klossar
		Antal stor-klossar
	Bäddning	
	Snittning	Antal glas
		Antal stor-glas
	Snittning im.	Antal glas
	Utdelning	

M0010 2019-03-22

Aleris

SWEDAC ACKREDITERING
Ackred. nr. 10367
Provning
ISO 15189

Avdelning Patologi / Cytologi
Postadress: Box 1550, 183 15 TÄBY
Besöksadress: Nytorpsvägen 30, Näsby Park, TÄBY
Organisationsnr. 559179-2881

Telefon 08-123 192 00
Telefax 08-123 192 10
www.aleris.se/medilab