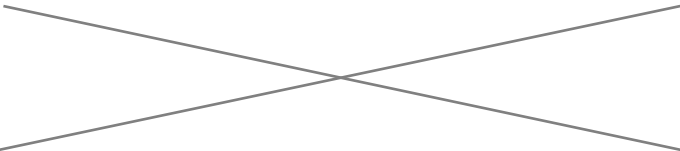


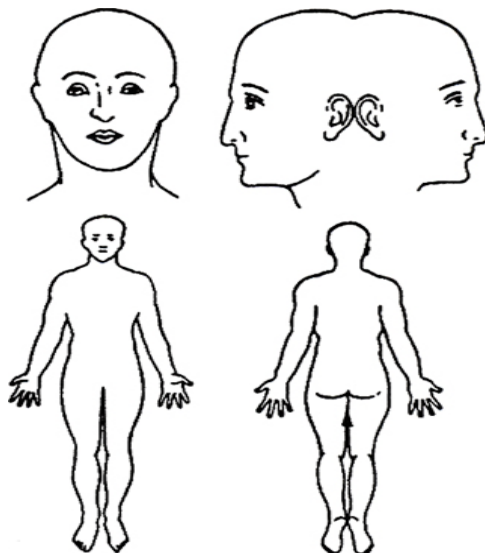
REMISS, Dermatologi

Avsändare: Kundid/kombikod <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Kundnamn:											Patientid/Fullst personnr, namn 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)



M0012 2019-03-22

Provtagningsdatum	Rem läkare	Handläggningsråd önskas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Snabbsvar önskas <input type="checkbox"/>
-------------------	------------	---	---

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	



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