Patologi och cytologi
Dalarna

Remiss Allmän cytologi

Patologi och cytologi Dalarna Falu lasarett, 791 82 Falun Tel lab 023-49 27 97, sekr. 023-49 25 42	Pers.nr Namn Adress Tel
Från (fullst adress, klinik, avd, mott) Tel	
Svar till	Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kommer att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta. ☐ **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 Anledning ……
Kopia till	Provtagningsdatum
	Remitterande läkare Sign
Anamnes, status	☐ **Om snabb diagnos önskas, kryssa i rutan!**
Klinisk diagnos	Frågeställning
Antal glas lufttorkade …….. märkta L Antal glas spritfixerade ……märkta S	Provet utgörs av Antal burkar/rör