

Personnummer (12 tecken)		Svar till: Kundkod/MG-kod	Telefon nr:
Namn (efternamn, förnamn)		Debiteras: Kundkod/MG-kod	
Adress (om Kundkod/MG-kod saknas)	(Reserverat för laboratoriet)		
Ev. kopia till:			
ANAMNES/FRÅGESTÄLLNING (inkl tidigare behandling)			
<input type="checkbox"/> Finnålspunktion		<input type="checkbox"/> Fryssnitt till tel
Tidigare tumörsjukdom _____		<input type="checkbox"/> Snabb svar, tel nr
Lokalisation: _____			
Tillväxt: Ja/Nej/Vet inte Anamneslängd: _____			
Palpationsfynd _____			
Diagnosförslag: _____			
Tatuera: Ja/Nej _____			
Preparatet utgörs av:			Antal skickade burkar/glas
Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	RSID
BIOBANKEN			
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.			
<input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.			
<input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke			
LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR			Antal mottagna burkar/glas
			Uppackning
			Ansvarig patolog
Klinisk patologi 251 87 Helsingborg Tel exp: 042 - 406 19 77	Klinisk patologi 291 85 Kristianstad Tel exp: 044 - 309 19 70	Klinisk patologi 221 85 Lund Tel exp: 046 - 17 35 10	Klinisk patologi 205 02 Malmö Tel exp: 040 - 33 14 02