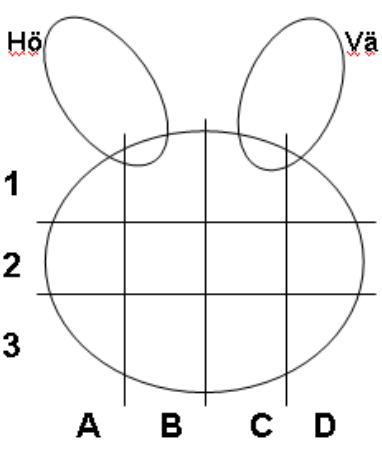


<b>Personnummer</b> (12 tecken)		<b>Svar till:</b> Kundkod/MG-kod	<b>Telefon nr:</b>
<b>Namn</b> (efternamn, förnamn)		<b>Debiteras:</b> Kundkod/MG-kod	
<b>Adress</b> (om Kundkod/MG-kod saknas)	<b>(Reserverat för laboratoriet)</b>		
<b>Ev. kopia till:</b>			
<b>ANAMNES/FRÅGESTÄLLNING</b> (inkl tidigare behandling)			
PSA / Kvot T-stadium: P-volym:  Hereditet: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Känd PCa: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Behandling:  Tidigare biopsier (var/när):  Övrigt:  Preparatet utgörs av:		<input type="checkbox"/> <b>Fryssnitt till tel</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Snabbsvar, tel nr</b> .....	
			Antal skickade burkar/glas
Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	RSID
<b>BIOBANKEN</b> 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			
<b>LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR</b>			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