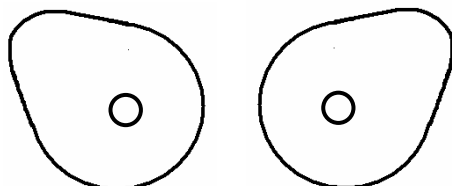


Personnummer (12 tecken)		Svar till: Kundkod/MG-kod	Telefon nr:
Namn (efternamn, förnamn)		Debiteras: Kundkod/MG-kod	
Adress (om Kundkod/MG-kod saknas)	(Reserverat för laboratoriet)		
Ev. kopia till:			

BRÖST

Höger



Vänster

- Klinisk
 Screening

Palpabel

Ja Nej

Lokalisation kl..... /.....cm från mammillen

Mammografi / ultraljud

Storlek.....mm Kod M.....U.....
 Tumör Strålighet Distorsion Mikrokalk
 Solitär Multipla

Ultraljudsledd Stereotaktisk

Grovlek på nål.....

Övrig information.....

Konferensdatum.....

Diagnos besked datum.....

Antal
inskickade
provrör/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.

- Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.
 Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR

Antal mottagna
provrör/glas

Uppackning

Ansvarig
patolog