

Personnummer (12 tecken)	Plats för kundens etikett	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:			
<p>Axill Bröst <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster</p> <p>Sentinel node <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Fryssnitt positivt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Falskt negativt fryssnitt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>			
Konferensdatum		PAD-besked datum	
		Antal skickade burkar	
Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	RSID
<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke</p>			
LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR			Antal mottagna burkar
			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