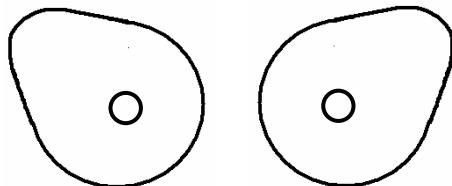


Personnummer (12 tecken)	Plats för kundens etikett	Svar till: Kundkod/MG-kod	Telefon nr:
Namn (efternamn, förnamn)		Debiteras: Kundkod/MG-kod	
Adress (om Kundkod/MG-kod saknas)		(Reserverat för laboratoriet)	
Ev. kopia till:			

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..... PAD besked datum.....

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 burkar	
Uppackning	
Ansvarig patolog	

Tidpunkt och datum i formalin
20...-...-... KI.....

Tidpunkt och datum ur formalin
20...-...-... KI.....

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
--	---	--	---