

Inremitterande inrättning (fullständig adress)

Patient: personnummer, (10 siffror), namn, adress

Inremitterande läkare, namn och telefon:

**SKRIV INTE I GULA FÄLT**

Inremitterande klinik: Ange ansvarsnummer

Svarsmottagande klinik:

**Mellannålsbiopsier  
Prostata**

Debiteras:

Extra svarskopia till:

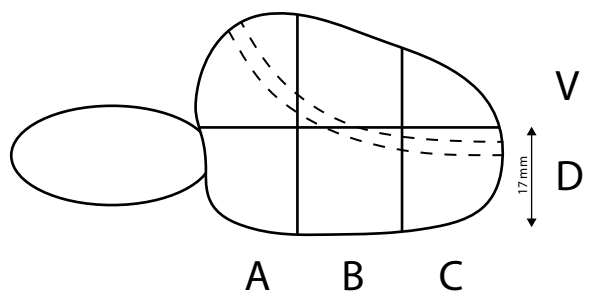
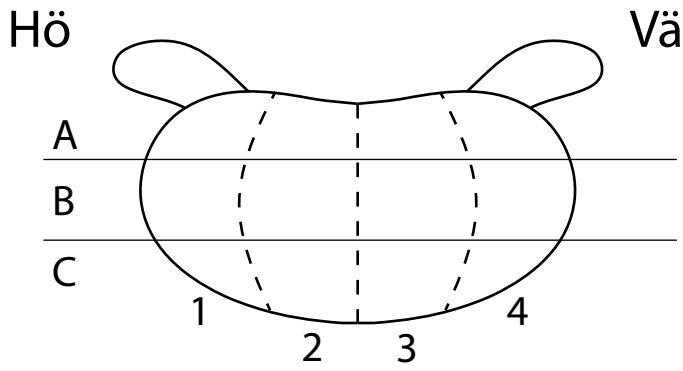
PSA-värde:..... T-stadium:.....

**Snabb svar till tfn:** .....

Prostatavolym: .....

Antal preparatburkar: .....

**Kliniska data, frågeställning, palpationsfynd markeras i fig.**



Övrig information:

Datum \_\_\_\_\_ Inremitterande läkare \_\_\_\_\_ Preparatkod \_\_\_\_\_

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan skall göras om patienten inte samtycker

Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

Kostn. grupp: \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Antal kloss: \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)

Storsn. kloss: \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

Antal glas Sign \_\_\_\_\_

Storsn. glas Sign \_\_\_\_\_

1AD		2BV		4CD	
1BD		2CV		4AV	
1CD		3AD		4BV	
1AV		3BD		4CV	
1BV		3CD			
1CV		3AV			
2AD		3BV			
2BD		3CV			
2CD		4AD			
2AV		4BD			

- EM
- Foto
- IF
- Imprint
- Material -70°
- Annat
- Inlämn sign

