

Remitterande kund

Reserverat för laboratoriets  
kundnummerPatientinformation  
(namn och personnummer)

Svarskopiemottagare

Betalande, om annan än remitterande

Remitterande läkare

Provtagningsdatum och tid

Snabbsvar

SVF

Fryssnitt. Ev. tel:

Prov utgörs av

Ja Nej

Strålterapi

Cytostatika

Hormonterapi

När?

Anamnes

Frågeställning/klinisk diagnos

Laboratoriets anteckningar: