REMISS - MUSKELBIOPSI

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer: Namn:
EXTRA KOPIA	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VO LABORATORIEMEDICIN Klinisk patologi och genetik 701 85 ÖREBRO TFN: 019-6023080 FAX: 019-6021035	
PROVTAGNINGSDATUM OCH REMITTERANDE LÄKARE	☐ ÖNSKAR UPPFÖLJNING VIA DYSTROFYREGISTER ☐ TIDIGARE BIOPSI .....
AVSÄNT ANTAL BURKAR/GLAS SIGN TFN / MOTTAGET ANTAL SIGN	☐ SVAR SENAST ..... ☐ OFIXERAT PROV
SJUKHUSHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING	PROVET UTGÖRS AV I ..... II ..... III ..... IV ..... V ..... VI .....
	PAD NR (STRECKKOD) SKRIV EJ HÄR !

Region Örebro län

VO Laboratoriemedicin
Klinisk patologi och genetik

Våra provtagningsanvisningar når du via vår hemsida på www.regionorebrolan.se/uso/labmed och intranätet

För biobanksinformation se https://biobanksverige.se