REMISS - OBDUKTION

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer: Namn:
EXTRA KOPIA	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VO LABORATORIEMEDICIN Klinisk patologi och genetik 701 85 ÖREBRO TFN: 019-602 5385 FAX: 019-602 1035	
REMDATUM	DÖDSDATUM ---------- KLOCKSLAG ----------
REM. LÄKARE	ÖNSKAR BLI KALLAD TILL OBDUKTION TFN/SÖK ----------
SJUKHUSHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING	Har patienten smittsamma sjukdomar? Ja ☐ Nej ☐ Om ja, ange vad samt om patienten är behandlad.
BESTÄMMELSERNA I OBDUKTIONSLAG (1995:831) SAMT FÖRESKRIFTER (SOSFS (1996:28) ANGÅENDE ANHÖRIGS UNDERRÄTTANDE M M HAR IAKTAGITS ---------- ----------	PAD NR (STRECKKOD) SKRIV EJ HÄR !
ÖREBRO DATUM ANSVARIG LÄKARE	

Remiss ska fyllas i på dator.
Handskrivna remisser accepteras ej.

Region Örebro län
VO Laboratoriemedicin
Klinisk patologi och genetik