



Brukerinstruks:

Fyll ut og skriv ut skjema. Send skjema med prøven.

REKVIRENT REKV. KODE

Navn

Sykehus

Avd.

Adresse

Postnr./sted

HPR-nummer:

Evt. kopi til:

PASIENT

Fødselsnr. (11siffer) K M

Etternavn

For- og mellomnavn

Adresse

Postnr./sted

Trygdekontor

PRIORITERT PRØVE

Poliklinisk

Inneliggende pasient Helse Førde

Pakkeforløp

Frysesnitt

CITO

Tlf.:

REKVIRENDE LEGES DEL

KLINISK DIAGNOSE OG PROBLEMSTILLING

Tidl. hist./cyt. us. Ja Nei

Hvis tidl.us, sted og rek.nr:

Antall prøveglass:

Mottatt prøveglass:

Formalin

Annet (spesifiser)

Preparat består av:

Preparat er tatt fra (side, region):

Klinisk diagnose og problemstilling

Prøvedato

Kl.

Rekvirerende lege

Signatur

TIL INTERNT BRUK

LABORATORIETS DEL

BESVARELSEN SKAL IKKE BEARBEIDES ELLER BRUKES TIL FOREDRAG/PUBLIKASJON UTEN SPESIELL AVTALE MED AVDELING FOR PATOLOGI