



REKVIRENT:

Fødselsnr.: (11. siffer)

Namn: _____

Adresse: _____

Kommune: _____

FOR LABORATORIET

CITO



Bemanna telefonnummer

NB - Telefonsvar blir gjeve
om dette vert oppgitt.

AMBULANT PASIENT

INNELIGGJANDE PASIENT

TIDL. HIST. US. PREP. NR.:

ÅR:

TIDL. CYT. US. PREP. NR.:

ÅR:

Tal prøver: _____

Preparatet består av:

Er tatt frå (side, region):

SPESIELLE ØNSKJER:

PROBLEMSTILLING OG
KLINISK DIAGNOSE:

Lagt i _____

Dato: _____

Underskrift: _____

SKRIV TYDELEG

SVAR