



LAB. NUMMER (etikett)

**OBDUKTION**

Namn, personnummer

Remitterande läkare

Provtagande enhet

Remitterande enhet

Datum

Tid

Debiteras

Kliniska uppgifter / frågeställning  
(journal inklusive operationsberättelse bifogas):

Kopia till

Avliden (datum/tid):

-----  
Särskilda önskemål i samband med  
obduktion:-----  
Visning önskas (namn och tel/sökarnr)

TEXTA FÖR INSCANNING

**Med underskrift av denna remiss bekräftas att gällande lagar och föreskrifter (SOSFS 1996:28) gällande klinisk obduktion är uppfyllda, och att anhöriga är underrättade.**

Underskrift av remitterande läkare: -----

**LABORATORIETS ANTECKNINGAR****PRISKOD**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**LÄKARE 1 LÄKARE 2**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Antal Burkar/Glas:

|              |              |
|--------------|--------------|
| Provmärkning | Frys         |
| Utskäring    | Skrap        |
| Snitt        | Spec. färgn. |
| Slutkontroll |              |

**EFTERBESTÄLLNINGAR****7854571883**