

## DIAGNOSTIKRELATERAD BEGÄRAN UTLÅTANDEKOPIA / DIAGNOSTISKA GLAS/ UTTAG AV VÄVNAD

Endast 1 patient/blankett

<b>Beställningsmottagare</b>	Telefon: 018-611 38 01	Adress:
Klinisk Patologi/AL/DAT/UAS	Fax: 018-55 33 54	Klinisk Patologi Akademiska sjukhuset 751 85 Uppsala

<b>Beställarens uppgifter</b>		Datum:
Medicinskt ansvarig (obligatorisk uppgift):		E-post:
Kontaktperson:	Telefon:	Adress:
Avdelning:	Fax:	

**OBS!** Då sekretesskydd saknas får identifierbara patientuppgifter **ej** faxas. Ring vid behov avd. för PAD-nr.

Lokalt PAD-nr:	Personnr: XXXXXX-			Initialer:	
<b>Beställningsspecifikation</b>	<b>Klass nr</b>	<b>Antal</b>	<b>Önskat material</b>	<b>µm</b>	<b>Syfte (obligatorisk uppg.)</b>
PAD-nr (+ ev övrig info):		ALLA	Diagnostiska glas		<input type="checkbox"/> Rond: _____ / _____
			Superfrost plusglas		<input type="checkbox"/> Genetisk utredning <sup>1</sup>
			Obehandlade glas		<input type="checkbox"/> Kompletterande färgning:
<input type="checkbox"/> Utlåtandekopia önskas			Snitt i rör för DNA		<input type="checkbox"/> Eftergranskning
<input type="checkbox"/> Kopia på översikt (alla PAD-nr)					<input type="checkbox"/> Annan:
PAD-nr (+ ev övrig info):		ALLA	Diagnostiska glas		<input type="checkbox"/> Rond: _____ / _____
			Superfrost plusglas		<input type="checkbox"/> Genetisk utredning <sup>1</sup>
			Obehandlade glas		<input type="checkbox"/> Kompletterande färgning:
<input type="checkbox"/> Utlåtandekopia önskas			Snitt i rör för DNA		<input type="checkbox"/> Eftergranskning
					<input type="checkbox"/> Annan:

Beräknad lånetid (max 1 mån): \_\_\_\_\_ (Ofärgade glas sparas där de färgas om inget annat anges)

**SAMTYCKE:** Inskickandet av denna beställning bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare/närstående) har givit sitt direkta eller indirekta samtycke till att beställaren tar del av preparat o/e journalhandlingar enligt ovan.

**OBSERVERA:** Svar på eftergranskningar skickas till beställaren. En kopia på eftergranskningsutlåtandet skickas även till utfärdaren av originalutlåtandet i de fall denne inte är beställare.

<b>Övriga kommentarer:</b>
----------------------------

<sup>1</sup>Bifoga särskilt godkännande från patient eller proband