

Till klinisk kemi, KompletteringÄndring

Datum _____

Beställare _____ Tel: _____

PERSONNR OCH NAMN	<input type="checkbox"/> AKUT	
	Extra svarsmottagare	Annan betalningsansvarig
Provtagningsdat:	Tilläggsbeställning	Annat meddelande
Provtagningstid:		
Provtagare:		
Telefon:		
PERSONNR OCH NAMN	<input type="checkbox"/> AKUT	
	Extra svarsmottagare	Annan betalningsansvarig
Provtagningsdat:	Tilläggsbeställning	Annat meddelande
Provtagningstid:		
Provtagare:		
Telefon:		

	BORÅS	SKENE	ALINGSÅS
Tel:	033 - 616 1864	0320-77 92 45	0322-22 63 20
Fax:	033 - 616 5082	0320-77 92 48	0322-22 67 24

Efter åtgärd arkiveras blanketten på laboratoriet i minst 3 månader tillsammans med övriga remisser.