

Laboratoriemedicin

REMISS FÖR AUTOLOGBLODGIVNING

Skickas ifyllt till Laboratoriemedicin.

Patientnamn

Personnummer

Adress

Tel.nummer

Remitterande instans

Planerad operation

Operationsdatum

B-Hb

Blodtryck

Aktuell medicinerig

Informerad

Relativa
Kontraindikationer

Önskat antal blodenheter

Datum

Remitterande läkare

Namnförtydligande

Tel.nummer