

Svar skall sändas till - adress inkl. postnummer.

Personnr.
(12 siffror)

Namn:

Debiteras (om annan än svarsomtagare):

☐ Patient ☐ Anhörig till (familjeutredning):

Remitterande läkare:

Donator - Släktskap: ☐ Syskon
☐ Förälder

Klinisk frågeställning:

Provtagningsdatum:

Svar önskas senast:

Obligatorisk identitetskontroll utförd av:

Prov kan skickas alla dagar

ID-kontroll enligt SOSFS 2009:29 ska utföras och intygas.

HLA-Sjukdomsassociationer

Kan skickas till laboratoriet alla dagar

Övrigt:

Ange frågeställning: