

Remissinstans	Personnummer (år, månad, dag)  Namn  Adress   Telefonnummer	
Remiss till (institution, handläggare, adress)	Remiss datum	
Diagnos, fråga	Remiss läkare (klartext) Adress (vid extern postbefordran)	
Anamnes, status (provtagningsdatum m m)	Föregående undersökning, när, var, vad	
<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Fastande <input type="checkbox"/> Kapillärt prov <input type="checkbox"/> Venöst prov		
<input type="checkbox"/> Övrigt                        Om övrigt ange vad		
Provtagning, datum	Provtagning, klockslag	LidNr
Konsultavdelningens noteringar		
Svar		
Analys utförd på		Sign