



Fyll noggrant i nedanstående uppgifter då prov eller provsvar ska makuleras.
Blanketten skickas eller lämnas skyndsamt till laboratoriet.

Kryssa för laboratorium

- Klinisk kemi**
 Klinisk mikrobiologi
 Klinisk patologi och cytologi

| | |
|---|---------------------------------|
| Personnummer | |
| Namn | |
| RID-nummer | |
| Lab-nummer | |
| Analyser | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Provtagningsdatum och tid | Datum: Klockslag: |
| Orsak till makulering | |
| Beställande enhet | |
| Ansvarig för begäran av makulering | |
| Telefonnummer | |
| Datum | |
| Underskrift | |

Prov/provsvar makulerat av laboratoriet

| | |
|--------------------|--|
| Datum | |
| Underskrift | |