

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