

VÅRDENHETEN FYLLER I:

| | | | |
|--|-----|-----------------|--|
| Organisation som beställt undersökningen: | | Enhet: | |
| Provtagningsdatum: | dag | kl. | |
| Läkare/vårdare som begär korrigeringen (kontaktuppgifter måste anges): | | | |
| Namn: | | Telefon/e-post: | |
| Kort förklaring varför resultaten behöver korrigeras: | | | |
| Fel patient <input type="checkbox"/> Felaktiga/bristfälliga förhandsuppgifter <input type="checkbox"/> Fel beställare <input type="checkbox"/> | | | |
| Övrigt, vad? | | | |

Uppgifter om provet som ska korrigeras

| | | | |
|--|--|-------------------|--|
| Patientens namn: | | Personbeteckning: | |
| Undersökningar som korrigeringsbegäran gäller: | | | |

Överföring av svaret till rätt patient

| | |
|--|-------------------|
| Laboratoriet överför resultaten till en annan patient endast om specialfall och om provet är unikt. Vårdenheten måste då göra en begäran för rätt patient och fylla i följande fält: | |
| Den rätta patientens namn: | Personbeteckning: |

LABORATORIET FYLLER I:

| | |
|-----------------------------------|---------|
| Provnummer: | |
| Mottagare av blanketten: | dag kl. |
| Person som korrigerar resultaten: | dag kl. |

VÅRDENHETEN SKA RETURNERA BLANKETTEN TILL DET FIMLAB-VERKSAMHETSSTÄLLE SOM ENHETEN VARIT I KONTAKT MED.