

<b>Rekvirent</b> HPR-nr. <input style="width: 100%;" type="text"/>  Rekv. lege .....  Enhet/Legekantor .....  Adresse ..... Tlf. ....  Postnr. .... Poststed ..... HER-id Legekantor <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>Pasient</b> Fødselsdato <input style="width: 100%;" type="text"/> Personnummer <input style="width: 100%;" type="text"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/>  Etternavn - fornavn <input style="width: 100%;" type="text"/>  Adresse <input style="width: 100%;" type="text"/>  Postnr. <input style="width: 100%;" type="text"/> Poststed <input style="width: 100%;" type="text"/> Innlagt Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
---	--

<b>Kopi av svar sendes til</b> Legenavn <input style="width: 100%;" type="text"/> Avdeling/Legekantor <input style="width: 100%;" type="text"/> Adresse <input style="width: 100%;" type="text"/> Postnr./sted <input style="width: 100%;" type="text"/>	HPR-nr. <input style="width: 100%;" type="text"/>  HER-id Legekantor <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>Prøvetakingstidspunkt</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>CITO</b> <input type="checkbox"/> <b>Pakkeforløp</b> <input type="checkbox"/> <b>Frysesnitt</b> TELEFON/CALLING
--	---	--	--

Preparatet er lagt i:  4 % formaldehyd

**Tidl hist/ cyt us.**  
(inst/nr/år/diagnose)

Kjent smitte. Evt hva: .....

Preparatet består av/ lokalisasjon: .....

**Kliniske opplysninger (evt. skisse):**

Rekvirerende lege/underskrift .....