



## Rekvisation for prøve til Patologiafdelingen

Cpr-nr.: <input type="text"/>	Rekvirerende afd.: <input type="text"/>
Navn: <input type="text"/>	Rekvirerende læge: <input type="text"/>
Påsæt evt. label	Kopimodtager 1: <input type="text"/>
	Kopimodtager 2: <input type="text"/>

<b>Patologi</b>	Prioritet: <input type="text"/>	Svar senest: <input type="text"/>	Kl.: <input type="text"/>
Rekvireret dato: <input type="text"/>	Kl.: <input type="text"/>	Frys <input type="checkbox"/>	Svar tlf.: <input type="text"/>
Klinisk diagnose:	<input type="text"/>		
Klinisk information:	<input type="text"/>		

Nr.	Materialets placering og art
1:	<input type="text"/>
2:	<input type="text"/>
3:	<input type="text"/>
4:	<input type="text"/>
5:	<input type="text"/>
6:	<input type="text"/>
7:	<input type="text"/>
8:	<input type="text"/>
9:	<input type="text"/>
10:	<input type="text"/>