

POTILAS/PATIENT

Potilaan nimi
Patientens namn

Henkilötunnus
Personbeteckning

Puhelinnumero
Telefon

Vastausosoite
Svarsadress

Tulokset/Resultaten

suomeksi på svenska

Lähtävän lääkärin nimi ja osoite
Remitterande läkarens namn och adress

Laskutusosoite (jos eri kuin lähtävän/lääkärin)
Faktureringsadress (om annan än avsändare/läkare)

Allekirjoittamalla suostun siihen että anonymisti, ilman nimeäni ja henkilötunnustani, näytteeni tuloksia ja tähän läheteeseen merkittyjä tietoja voidaan käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen.

Med min underskrift godkänner jag att testresultaten och i denna blankett angivna uppgifter kan användas anonymt, utan mitt namn och min personbeteckning, för medicinsk forskning.

Suostumus tieteelliseen tutkimukseen
Samtycke till vetenskaplig forskning

Potilaan allekirjoitus, Patientens underskrift

ULOSTENÄYTTEIDEN LUKUMÄÄRÄ ANTALET AVFÖRINGSPROV

yksi/ett Pvm/Datum

kolme/tre Pvm/Datum
näyte/prov 1
näyte/prov 2
näyte/prov 3

Säilytä näytteet jääkaappilämpötilassa suljettuna muovipussiin. Postita viimeisen näytteen keräämisen jälkeen putket mukana tulleessa lähetyspaketissa laboratorioon.

Olen säilyttänyt näytteet jääkaappilämpötilassa ennen lähetystä.

Förvara proven i kylskåpstemperatur i försluten plastpåse. Skicka rören efter sista provtagningen till laboratoriet i den medföljande förpackningen.

Jag har förvarat proven i kylskåpstemperatur innan försändelse.

COLONVIEW TUTKIMUKSET UNDERSÖKNINGAR

F -hHb-O: ColonView Hb testi/test

KELA-koodi/FPA-kod 3813

F -hHbHp-O: ColonView Hb/Hp testi/test

LASKUTUS/FAKTURERING

- Lasku lähetetään potilaalle/Faktura skickas till patienten
 Lasku annettu potilaalle/Faktura givits till patienten
 Maksettu/Betalt

Näyttenumero
Provnummer