

LÄHETE/REMISS

KALPROTEKTIINI/KALPROTEKTIN

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 merkityjä 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

ULOSTENÄYTTEEN ESITIEDOT UPPGIFTER OM AVFÖRINGSPROVET

Näyte otettu (pvm):

Datum för provtagning:

TUTKIMUS UNDERSÖKNING

F -Calpro

KELA-koodi / FPA-kod

4803

LASKUTUS/FAKTURERING

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

Näytenumero
Provnumret