



Remiss för »High Risk» HPV -analys

Patientens namn och personbeteckning	Provets nummer (lab.fyller)	
	Provtagningsdatum	Anländningsdatum
Avsändare		
Svaret önskas till (annan än avsändare):		
Bifogat gynekologisk cellprov? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Andra kliniska uppgifter		