



| | |
|--|-------------------------------------|
| Remitterande instans | Patient id |
| Ansvarsnummer | Remitterande läkare (var god texta) |
| Provtagningsdatum | |
| Anamnes, status, klinisk diagnos, frågeställning | |
| Plats för etikett | |
| OBLIGATORISKA UPPGIFTER | |
| Datum för dödsfallet Klockslag | |
| Har anhöriga godkänt obduktion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Nej, var god förtydliga att obduktionen är förenlig med obduktionslagens bestämmelser. | |
| Läkare som önskar bli kallad till obduktionen, namn och tfn | |
| Kopia till | |
| | |