Remiss/Beställningsunderlag Klinisk kemi **Asbestidentifiering i material**

Beställare/Svarsmottagare*	Faktureringsadress (om annan än beställaren) Fakturauppgifter (max 20 tecken):

Analyssvar * AKUT ☐ Ej AKUT ☐

Provtagningsplats*:	Provtagningsdatum*:
Provtagare*:	Telefonnummer*:

Prov ID* (t.ex. provnr, byggnad, lokal mm.)	Prov-/Materialbeskrivning*(t.ex. fix, matta lim, fog m.m.)	Lab.nr	Resultat

Har något av proven varit utsatt för kemikalier eller brand*?

Nej ☐ Kemikalier ☐ Brand ☐ Vet ej ☐ Prov ID:

*** Obligatoriska uppgifter**

Provinlämning:
Provinlämning Klinisk kemi
Bredvid uppgång F
Sahlgrenska sjukhuset
413 45 Göteborg

Ifylles av laboratoriet:

Ankomst till Klinisk kemi: Datum: Tid: Signatur:

Analysdatum: Laborant:

Klinisk kemi, Yrkestoxikologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
Telefon 031-342 33 97, 342 10 00 vx