

Lähetäjä

Lähetävä yksikkö: _____

Vastausosoite: _____

Laskutusosoite: _____

Lähetävä lääkäri: _____

Puh: _____ Sähköposti: _____

Viivakoodi

Numero

Näytteenottopäivämäärä:

Näytteen laatu, mistä otettu:

Testattava

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Kliininen diagnoosi ja kliiniset tiedot: _____

PAD

Päivämäärä: _____