

Lähettäjän nimi ja osoite Asiakasnumero	Eriävä vastaus-/laskutusosoite
Potilaan nimi	Täydellinen henkilötunnus <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/> mies
Näytteenottopäivä klo Fiksaatio <input type="checkbox"/> formaliini <input type="checkbox"/> muu	Hoitava/lähettävä lääkäri <p style="text-align: right;">puh.</p>

Vastaus kiireellisenä _____ mennessä, puh. , _____ faksi _____

Mistä otettu, kliiniset tiedot, erikoistoivomukset