

LÄHETE/REMISS

BIOHIT Total 25 OH Vitamin D

POTILAS/PATIENT

Potilaan nimi
Patientens namn

Henkilötunnus
Personbeteckning

Puhelinnumero
Telefon

Vastausosoite
Svarsadress

Tulokset/Resultaten

suomeksi på svenska

Lähtävän lääkärin nimi ja osoite
Remitterande läkarens namn och adress

Laskutusosoite (jos eri kuin lähtävän/lääkärin)
Faktureringsadress (om annan än avsändare/läkare)

Allekirjoittamalla suostun siihen että anonymisti, ilman nimeäni ja henkilötunnustani, näytteeni tuloksia ja tähän läheteeseen merkittyjä tietoja voidaan käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen.

Med min underskrift godkänner jag att testresultaten och i denna blankett angivna uppgifter kan användas anonymt, utan mitt namn och min personbeteckning, för medicinsk forskning.

Suostumus tieteelliseen tutkimukseen
Samtycke till vetenskaplig forskning

Potilaan allekirjoitus, Patientens underskrift

TUTKIMUS/UNDERSÖKNING

S -D-vitamiini-25-OH

Kela/FPA 1220

Näytenumero
Provnummer

**OLEN TARKISTANUT POTILAA ANTAMAT TIEDOT
JAG HAR KONTROLLERAT PATIENTENS UPPGIFTER**

Näytteenottajan allekirjoitus/Provtagarens underskrift

Näyte otettu (pvm):

Datum för provtagning: