



Analysbeställning, biologiska prover

Företaget där den anställda arbetar		Ifylls av laboratoriet	
		Id nr	Sign
		Ankomstdatum	
Provtagare			Tfn
Provtagningsdatum	Beställarens referens		
Beställande företag/ kund (fullständig postadress)		Debiteringsuppgifter (ingen vidarefakturerings)	

Önskad analys - endast en typ av analys per blankett. Provtagningsanvisning finns på blankettens baksida.

Blodanalyser:

B-Pb, µmol/l B-Cd, nmol/l B-Co, nmol/l

Annat element i blod efter överenskommelse, ange element: _____

Urinanalyser*

U-Fluorid, µmol/l

U-Metallpaket (Cr, Mn, Co, Ni, Cd och Pb)

U-V, nmol/l U-Cr, µmol/l U-Mn, nmol/l U-Co, nmol/l U-Ni, µmol/l

U-As-tot, µmol/l U-Cd, nmol/l U-Sb, nmol/l U-Tl, nmol/l U-Pb, µmol/l

Annat element i urin efter överenskommelse, ange element: _____

Diagnos, exposition, frågeställning m m

Efternamn, förnamn. Texta tydligt!	Personnummer	Ifylls av laboratoriet

OBS! Mer utrymme finns på blankettens baksida.

Ackrediterad metod

* Analysen utförs en gång/månad. Provet ska vara laboratoriet tillhanda sista vardagen i månaden.

Allmänna villkor och gällande pris återfinns på laboratoriet hemsida: www.regionorebrolan.se/ammlab

Laboratoriets allmänna villkor godkännes genom detta beställningserkännande

Beställarens underskrift

OBS! Blanketten återsändes om underskrift saknas

Detta gäller som avtal mellan beställare och laboratoriet. Om laboratoriet inte kan uppfylla villkoren meddelas beställaren omgående och nytt avtal får skrivas.

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Org nr
Arbets- och miljömedicin	S Grev Rosengatan	019 - 602 35 87	019 - 12 04 04	232100-0164
Universitetssjukhuset Örebro				
701 85 Örebro				

