

Remiss gruppundersökning mikrobiologi och vårdhygien Halland

Remitterande		Önskad undersökning <input checked="" type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL _{CARBA}	
 HAFHVPE3 pe3 företagshälsa Halmstad Sperlingsgatan 7 302 48 HALMSTAD		Övrigt, ange vad: <i>Arbetsgrupp</i>	
Debiteras		Provtagningsdatum <i>(blank)</i>	Remitterande läkare <i>Marie Hedqvist</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Miljö <input type="checkbox"/> Övrigt		Provmaterial	Labnummer
Personnummer, namn			
1		<i>näsa</i>	<i>fylls i av tab</i>
2		<i>svalg</i>	
3			
4			
5			