



Datum
Händelse
datum

Beställning alkohol/drogtest - FMN

Fyll i uppgifterna noga. Faxa sedan beställningen till FMN Malmö på faxnummer 040-14 07 78.

Provlämnaren måste alltid kunna legitimera sig.

Rutor märkta med * är obligatoriska för att remissen ska kunna aktiveras.

Provlämnarens namn (Förnamn & Efternamn): * Förnamn Efternamn	Ansvarig Socialsekreterare: *
Provlämnarens födelsedata (ÅÅMMDD): *	Betalningsansvarig: * Avdelning:
Provlämnarens kundnummer (Malmö stad): *	Enhet: Sektion: Provlämnaren tillhör stadsområde:
Önskad provtyp: * <input type="checkbox"/> Multiplatta (20 preparatgrupper) <input type="checkbox"/> Enbart singelsticka, önskat preparat: (Amfetamin, benzo, cannabis, kokain, opiater, Tramadol etc) <input type="checkbox"/> Utandningsprov alkohol <input type="checkbox"/> Övrigt:	Direkttel till socialsekreterare: * Provsvar önskas till: * <input type="checkbox"/> Fax nr: <input type="checkbox"/> Epost: <input type="checkbox"/> Telefon:
Vid positivt resultat ska provet skickas till lab. för verifikation. * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, enbart vid positivt resultat på: <input type="checkbox"/> Ja, på alla preparat som visar positivt.	Eventuellt övriga som skall informeras om provsvar: (Inst/verksamhet, förnamn, efternamn och fax/epost/telefonnummer.) Maximalt tre extra mottagare.
Planering - provintervall: * Särskilt datum, en gång i veckan, särskild veckodag?	Övriga upplysningar: (Ev. medicinering, önskemål etc.)
Beställning gäller: * Händelse Fr.o.m: datum t.o.m:	
Övrig fritext:	