

REMISS och INTYG om övertagning av smittspårning vid klamydia och/eller gonorré**Personuppgifter**

Personnr.:

Lab-nr:

Namn:

Adress:

Telefon nr:

Diagnos:

Diagnosdatum:

(xxxx-xx-xx)

Provet taget via 1177.se e-tjänster

Provtagningsorsak:

Annat:

Vidtagna åtgärder:**Ja****Nej**

Patient anmäld i Sminet

Patient har fått behandling

Patient har fått förhållningsregler

Vilken behandling:

Behandlingstidpunkt:

Behandlande läkare:

Härmed remitterar jag ovanstående patient för smittspårning:

Datum:

(xxxx-xx-xx)

Underskrift:

Namnförtydligande:

Mottagning/klinik:

Fylls i av mottagande smittspårare**Härmed övertar jag smittspårningen av ovanstående patient:**

Datum:

(xxxx-xx-xx)

Signatur:

Dnr. /Verifikationsnummer:

Härmed är smittspårningen avslutad:

Anmäld i Sminet

Underskrift:

Avslutad den:

(xxxx-xx-xx)

Namnförtydligande:

Dokumenterat i NCS Cross

Mottagning/Klinik:

Smittspårningshandlingar arkiveras hos central smittspårare**EJ JOURNALHANDLING**