

## Histopatologi och cytologi

UppdragID

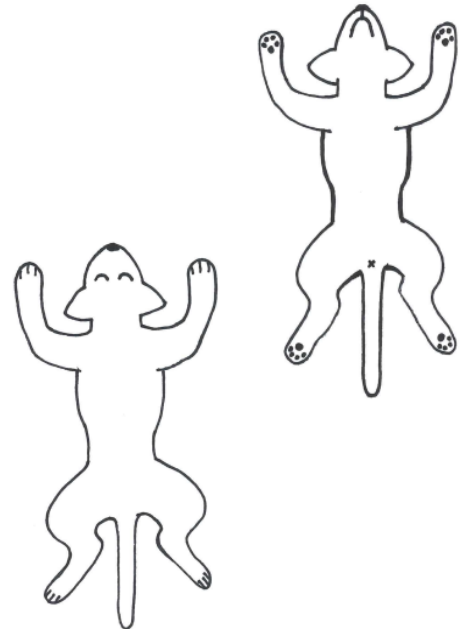
POV

## KUNDUPPGIFTER (fakturamottagare måste vara en myndig/juridisk person)

|                                                |            |                                                                                                                                                             |                                                                                                           |
|------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Insändare/klinik (svars- & fakturamottagare) * |            | Kundnummer                                                                                                                                                  | Kontaktperson                                                                                             |
| Organisation-, person- eller VAT-nummer        |            | Fakturareferens                                                                                                                                             | Accepterar att svar kan förekomma på engelska<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Adress                                         |            | <b>Vid misstanke om sjukdom enligt epizootilagstiftningen</b><br>Ring SVA, 018-67 40 00 och efterfråga<br>Avdelningen för epidemiologi och sjukdomskontroll |                                                                                                           |
| Postnummer                                     | Postadress |                                                                                                                                                             |                                                                                                           |
| Telefonnummer                                  |            |                                                                                                                                                             |                                                                                                           |
| E-postadress (svar)                            |            |                                                                                                                                                             |                                                                                                           |

| Djuruppgifter                | Önskad undersökning                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Provtagningsdatum            | <input type="checkbox"/> Allmän diagnostik (ex. biopsier/hel/ del av nybildning)                                                              |
| Namn                         | <input type="checkbox"/> Allmän diagnostik med bedömning av marginaler (kräver uppmärkning av kanterna)                                       |
| Djurslag och ras             | <input type="checkbox"/> Omfattande/större material (hjärta, hjärna, öga, livmoder-äggstockar, mjälte, juverdelar, preparat med skelettdelar) |
| Ålder och kön                | <input type="checkbox"/> Hudutredning, max 5 biopsier (ex. alopeci, utslag, klåda)                                                            |
| Hemkommun/uppställningsplats | <input type="checkbox"/> Endoskopi/grovnålsbiopsier (ex. mage-tarm, näshåla, lever)                                                           |
| Djurägare                    | <input type="checkbox"/> Cytologi                                                                                                             |
|                              | <input type="checkbox"/> Annan: _____                                                                                                         |

## Anamnes (sjukdomshistoria), frågeställning och beskrivning av material



## \*INSÄNDARES UNDERSKRIFT

\* Underskriften innebär att jag godkänner SVA:s köp- och leveransvillkor, inklusive behandling av personuppgifter och sekretess (fullständiga vid var tid gällande villkor finns på <https://www.sva.se/produkter-tjanster/svas-koep-och-leveransvillkor>). Underskriften krävs för att SVA ska godkänna beställningen.

Packa provet rätt, se [www.sva.se/produkter-tjanster/skicka-in-prover-och-djurkroppar/](http://www.sva.se/produkter-tjanster/skicka-in-prover-och-djurkroppar/) och skicka till:

**SVA**

**Avdelningen för patologi och viltsjukdomar**

**751 89 Uppsala (Brev)/ 756 51 Uppsala (Paket)**

## SVA:s köp- och leveransvillkor

Fullständiga vid var tid gällande köp- och leveransvillkor finns på vår webbplats: <https://www.sva.se/produkter-tjanster/svas-koep-och-leveransvillkor>.

### Svarsmottagare/fakturamottagare

Insändare betraktas alltid som svarsmottagare och fakturamottagare om inget annat anges på remissen.

### Betalningsvillkor

30 dagar netto. SVA förbehåller sig rätten att göra sedvanlig kreditprövning.

### Priser

För priser se "Produkter & tjänster" på vår webbplats <https://www.sva.se/produkter-tjanster/analyser>

### Expeditionsavgift

För varje pappersfaktura tillkommer en avgift på 25 kr exkl. moms (31,25 kr inkl. moms), gäller ej vid månadsfakturerering eller digital faktura, se <https://www.sva.se/om-sva/upphandling-och-fakturor/kundfaktura/>.