region västerbotten

A3

## Önskan om att exkluderas från kallelsesystemet och därmed upphöra med gynekologisk cellprovskontroll

Namn:_____

_____

Personnummer:_____

**önskar inte längre kallas för cellprovtagning i kontrollfil efter behandling**
på grund av svårigheter att genomföra provtagningen med tanke på ålder och/eller funktionsnedsättning.

_____

Datum Vårdgivarens namn Titel

Blanketten skickas för kvinnor boende i Region Västerbotten till:

***GCK-kansliet, By 27 A, BV***
***Norrlands universitetssjukhus***
***901 85 Umeå***

*Regionens GCK-kansli meddelar patienten brevledes. / Utfört* ☐ Datum

Sign

2020-11-10