

Patologické oddělení

Průvodní list k histologickému (cytologickému) a molekulárně patologickému vyšetření

Žadatel:	<input type="text"/>	Zkratka žadatele:	<input type="text"/>
IČP:	<input type="text"/>	Odbornost:	<input type="text"/>
Příjmení a jméno:	<input type="text"/>	Č. pojištěnce:	<input type="text"/>
Adresa:	<input type="text"/>	Pojišťovna:	<input type="text"/>
Urgentnost:	<input type="text"/>	Pohlaví:	<input type="text"/>
		Narozen/a:	<input type="text"/>

Indikované vyšetření:

histologie cytologie molekulární genetik

Způsob odběru:

Datum a čas odběru (oper.): Fixace: 4% formaldehyd nativ jiné:

Diagnóza:

Číselný diagnostický kód: Dodatečný kód:

Anamnestická data:

Předchozí vyšetření:

Předchozí terapie:

Nynější onemocnění vč. topografie odběru:

Jméno lékaře,
(razítko, podpis):