

**Průvodní list k histologickému (cytologickému) a
molekulárně patologickému vyšetření**

Požaduje: IČP	Odbornost:	Zkratka žadatele: Datum žádosti:
Příjmení a jméno: Adresa: Urgentnost:	Pohlaví:	Č.pojištěnce: Poj: Narozen/a:

Vyšetření a lokalizace : Histologie, Cytologie, Molekulární patologie

Předchozí terapie:

Předchozí vyšetření:

Způsob a přesná topografie odběru:

Číselný diagnostický kód:

Fixace:

Způsob odběru:

Datum a čas odběru (operace):

Razítko a podpis lékaře: