

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ BIOPTICKÉHO / CYTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

ODDĚLENÍ PATOLOGIE

administrativa telefon: 572 529 836

PACIENT

Jméno a příjmení:		Pohlaví:
Rodné číslo pojištěnce: (není-li RČ, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny:	Klinická diagnóza:
Adresa:		

ŽADATEL

Pracoviště: (adresa, IČP, IČZ, odbornost, razítko a podpis lékaře)		
	Datum odběru	Datum příjmu
Telefon:		

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ (způsob a přesná topografie odběru, fixační tekutina)

☐ Biopsie ☐ Cytologie

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (klin. dg., délka trvání a průběh onemocnění, léčba, předchozí bioptická vyšetření apod.)

--

NÁLEZ (identifikační č. vzorku, nález, závěr, datum odeslání a podpis lékaře)