

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *

VITALNÍ INDIKACE *

Diagnóza

Diagnóza II.

Diagnóza III.

Datum a čas odběru **

Datum a čas příjmu

** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum
vystavení žádanky)

ŽADATEL

Razítko pracoviště:
(adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:

Telefon žadatele:

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – volbu označte

- tkáň ve fixačním roztoku formalínu tělní tekutiny nefixované k cytologickému vyšetření
 trepanobiopsie v Löwyho roztoku tkáň nativní jiný materiál:

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ

(způsob a přesná topografie odběru materiálu, délka trvání a průběh onemocnění, léčba, předchozí bioptická vyšetření apod.)

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