

P:

A:

Z:

K:

B:

I:

H

PRŮVODNÍ LIST K ZÁSILCE HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Odesílatel (oddělení):

Jméno pacienta:

Adresa pacienta:

Pohlaví:

IČP:

Číslo pojištěnce:

Pojišťovna:

ID žádanka:

Předmět vyšetření a lokalizace:

Trvání nemoci:

Fixační tekutina (druh):

Předchozí histologická vyšetření:

Předchozí radioterapie:

Předchozí chemoterapie:

Klinická diagnóza:

Další sdělení:

Datum žádanky:

Lékař:

Vystavil: