

P: A: Z: K: B: I:

H

PRŮVODNÍ LIST K ZÁSILCE HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Odesílatel (oddělení):

Jméno pacienta:

Adresa pacienta:

Pohlaví:

IČP:

Číslo pojištění:

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:

P: A: Z: K: B: I:

H

PRŮVODNÍ LIST K ZÁSILCE HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Odesílatel (oddělení):

Jméno pacienta:

Adresa pacienta:

Pohlaví:

IČP:

Číslo pojištění:

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: