

Příjmení:

Jméno, titul:

Zákl. Dg.:

Ost. Dg.:

Číslo pojištěnce:

Pojišťovna:

Cizinci

Datum narození :

Muž:

☐

Žena:

☐

Datum

odběru:

Čas

odběru:

Přijato:

Materiál odebral:

Razítko (vč. IČZ), odbornost a podpis lékaře:

VYŠETŘENÍ HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Předmět vyšetření a lokalizace:

Trvání nemoci:

Předchozí ozařování:

Předchozí histologická vyšetření:

Fixační tekutina (druh):

☐

Formol 10%

☐

Jiné

Klinická diagnóza (popř. stručný klinický průběh):

Evidenční metoda pro zadání a transportní protokol: **4520**

Poznámky: