

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU



CITYLAB spol. s r. o.
Seydlerova 2451/8
158 00 Praha 5
www.citylab.cz

ve spolupráci s

Laboratoře patologie

Jiří Voženílek spol. s r. o.
Pražská 258
276 01 Mělník

tel.: 315 639 422
mobil: 602 277 933
www.labin.cz

číslo vzorku

Rodné číslo:
(číslo pojištění)

Pohlaví (M/Ž):

Diagnóza:

Kód pojišťovny:

Jméno:

Samoplátce:

Datum narození:

Datum odběru:

Čas odběru:

Adresa:

IČZ:

Odbornost lékaře:

Předmět vyšetření a lokalizace:

Trvání nemoci:

Předchozí ozařování:

Předchozí histologická vyšetření

Fixační tekutina (druh): Formol 10% Jiné:

Klinická diagnóza (popř. stručný klinický průběh):
.....
.....
.....

Razítko lékaře nebo oddělení s adresou:

Podpis lékaře:

Materiál odebral:

Datum a čas přijetí vzorku laboratoří: