

# ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU



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

**Laboratoře patologie**  
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 laboratoři: