

Číslo pojišťovny

IČZ

Odbornost

Datum odběru

Číslo
dokladu

POUKAZ NA HISTOLOGICKÉ / CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Příjmení a jméno

Základní diagnóza

Bydliště

Vedlejší diagnózy

Číslo pojištění

Pohlaví

Předmět vyšetření a lokalizace

Trvání nemoci

Předchozí histologické vyšetření

Fixační tekutina (druh)

Klinická diagnóza (popř. stručný klinický průběh)

Přijal/a

Dne

Př. lab.

Př. lék.

Zalil/a

Zákl. barv.

Spec. barv.

IMH

Pozn.

Jmenovka a podpis lékaře

Razítko klinického pracoviště