

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID – číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	☐ M ☐ Ž
Adresa:	

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *		
VITÁLNÍ INDIKACE *		
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:
	Telefon žadatele:

Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu
-----------------------	--------------------

** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum
vystavení žádanky)

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

- | | |
|---|---|
| ☐ tkáň ve fixačním roztoku formalínu | ☐ tělní tekutiny nefixované k cytologickému vyšetření |
| ☐ trepanobiopsie v Löwyho roztoku | ☐ tkáň nativní ☐ jiný materiál: |

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ

(způsob a přesná topografie odběru materiálu, délka trvání a průběh onemocnění, léčba, předchozí bioptická vyšetření apod.)

--

NÁLEZ (identifikační č. vzorku, nález, závěr, datum odeslání a podpis lékaře)

--