

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

** není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU*

STATIM *
VITALNÍ 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

<input type="checkbox"/> tkáň ve fixačním roztoku formalínu	<input type="checkbox"/> tělní tekutiny nefixované k cytologickému vyšetření
<input type="checkbox"/> trepanobiopsie v Löwyho roztoku	<input type="checkbox"/> tkáň nativní
<input type="checkbox"/> plod z uměle přerušeno těhotenství*	<input type="checkbox"/> jiný materiál:

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ

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

*patologicko-anatomická pitva dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, v platném znění
--

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

--