

# ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

číslo vzorku

## KONTAKTY

tel.: 315 639 422  
mobil: 602 277 933  
operator@labln.cz  
www.Labln.cz

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



**Institut laboratorní  
medicíny**

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: