

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU



Lab In – Institut laboratorní medicíny, s.r.o.

Blahoslavova 18/5, 360 01 Karlovy Vary

potrebuji@labin.cz, www.labin.cz

tel.: 353 311 514

INFOLINKA ZDARMA

800 183 675

800 100 590

800 100 316

Rodné číslo:
(číslo pojištěnce)

Pohlaví (M/Ž):

Diagnóza:

Kód pojišťovny:

Příjmení, Jméno:

Samoplátce:

Statim:

Datum narození:

Datum odběru:

Čas odběru:

Telefon pro statim:

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: