



Průvodka k cytologickému vyšetření

nevyplňujte, jen pro potřeby patologie

Peroperační

Statim

Standard

Oddělení:

Odbornost:

IČP:

Příjmení a jméno:

Číslo pojištěnce:

ZP:

Datum nar.:

Pohlaví:

Klin.dg dle MKN:

Bydliště:

Předmět vyšetření, lokalizace:

Epikríza, terapie :

Předchozí ozařování:

Cytostatická léčba:

Histol. vyšetření:

Infekční nemoci:

Datum odběru:

Lékař:

Os.č.:

Tel.:

Přijímající pracoviště

datum: _____

přijal: _____

čas: _____

zapsal: _____

Razítko odd., podpis lékaře