



Žiadamka na bioptické/cytologické vyšetrenie
Patologické oddelenie

číslo žiadanky
/vyplňa laboratórium/

číslo bioptického vyš.
/vyplňa laboratórium/

Kód, podpis, pečiatka
odosielajúceho lekára

Rodné číslo :

/

Číslo poistenca :

Zdravotná poisťovňa :

Dátum a čas odberu :

Priezvisko, meno a adresa pacienta :

Predmet vyšetrenia a lokalizácia :

Klinická dg.:

Samoplatca :

Doplňujúca dg:

Fixácia :

Klinický priebeh ochorenia, liečba, ožarovania ... :

Predchádzajúce bioptické vyšetrenia :

Žiadanky prosíme vypísať paličkovým písmom čitateľne
Nesprávne a neúplne vyplnené žiadanky nebudú akceptované.

Záznamy laboratória :

Dátum a čas prijmu :

Spracovali :

Špeciálne farbenia :

Počet preparátov :

Excidačný záznam :

Iné záznamy :

Dátum a čas odovzdania preparátov :

Kódy pre poisťovňu :