



PRŮVODNÍ LIST K ZÁSILCE BIOPTICKÉHO MATERIÁLU



Pojišťovna	Druh vyšetření		Vyšetřovací číslo				
	☐ Histologie	☐ Experiment					
	☐ Cytologie	☐ Vet. vyšetření					
	☐ Peroperační vyš.	☐ Jiné					
Jméno a příjmení		Pohlaví		Číslo pojištěnce			
		Muž ☐	Žena ☐				
Bydliště			Délka nemoci		Roků	Měsíců	Dnů
Způsob a přesná topografie odběru, klinická diagnóza, průběh onemocnění					Minulá vyšetření		
					Datum odběru		
					Jméno a podpis lékaře		
					Razítko klinického oddělení		
Chirurgický výkon		Diagnóza					
Interní poznámky Laboratoře patologie							