

Žádanka o histologická nebo cytologická vyšetření

Pacient: ident. číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>	Pojišťovna: <input type="text"/>	Žadatel:	<input type="text"/>
Příjmení, jméno, titul:		IČZ:	<input type="text"/>
Bydliště:		Číslo střediska:	<input type="text"/>
		Jméno lékaře:	
Zákl. diagnóza:	Ostatní diagnózy:	Adresa:	
Pohlaví: Žena <input type="checkbox"/>	Muž <input type="checkbox"/>	Tel: <input type="text"/>	

Způsob a přesná topografie odběru, klin. diagnóza, průběh onemocnění

Předchozí vyšetření:	Razítko a podpis:
Dat. odběru: <input type="text"/> Čas odběru: <input type="text"/>	
Výkon <input type="text"/> MKN-10 <input type="text"/>	
Text <input type="text"/> Číslo <input type="text"/>	