

Numer nadany przez kierującego  
zgodny z numerem na szkiełku

Numer Pracowni

Pieczętka jednostki kierującej  
(szpital/oddział, poradnia, gabinet itp.)

# SKIEROWANIE do NZOZ ZAKŁADU PATOLOGII Sp. z o.o.

**PRACOWNIA  
BIOPSJI ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ**  
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 70, I piętro  
tel. (41)3684787, fax 3661781

*Proszę o badanie cytologiczne – biopsja aspiracyjna:  
piersi, tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, inne\**

Nazwisko i imię chorego .....

Pesel ..... Wiek .....

Nr historii choroby .....

Rozpoznanie kliniczne .....

.....

.....

.....

Wypełnia Zakład Patologii

.....  
Data pobrania materiału

.....  
Lekarz kierujący  
(pieczętka lub/i czytelny podpis)

\*) właściwe podkreślić

