

## Tryb wykonywania badania\*

Bardzo pilny

Pilny

Normalny

Numer nadany przez kierującego  
zgodny z numerem na szkiełku

Pieczętka jednostki kierującej  
(szpital, oddział, poradnia, gabinet)

Numer Pracowni

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

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 70, I piętro, tel. 413684787, fax 413661781

## Proszę o badanie histopatologiczne

Nazwisko i imię Pacjenta: .....

Pesel: ..... Data ur.: ..... Nr karty chorobowej: .....

Adres: ..... Tel.: .....

Przedstawiciel Pacjenta: .....  
(wypełnić w przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do wyrażania zgody)

Rozpoznanie kliniczne: .....

Materiał (rodzaj zabiegu): .....

Metoda utrwalenia pobranego materiału: .....

Istotne dane kliniczne (stan miejscowy, opis endoskopowy): .....

Poprzednie badania histopatologiczne (nr badania, rozpoznanie, kto wykonał): .....

Data ostatniej miesiączki, przebyte leczenie hormonalne: .....

Data i godzina pobrania materiału

Lekarz kierujący  
(pieczętka lub/i czytelny podpis)

\*) właściwe podkreślić