

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)