

KLINICKÉ LABORATOŘE
Laboratoř patologické anatomie | Bioptické číslo

PRŮVODNÍ LIST K ZÁSILCE HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Odesílatel (razítko, kontakt a čitelný podpis lékaře)

Jméno, Příjmení Datum narození žena muž

Číslo pojištěnce Kód zdravotní pojišťovny Fixační tekutina 10% formol ANO

Samoplátce ANO STATIM Doba trvání nemoci Číslo diagnózy

Předmět vyšetření a lokalizace

Klinická diagnóza (popř. stručný klinický průběh)

Umístění pacienta

Datum a čas odběru Datum a čas příjmu

Poznámky laboratoře

Předchozí bioptické vyšetření

Další do práce

Makroskopický popis

Kódy výkonů Speciální barvení a imunohistochemie

Přikrojil

Zpracoval