



Žádanka na cytologické vyšetření

pro Nemocnici Na Homolce, Oddělení patologie, Roentgenova 2, 150 30 Praha 5, tel: +420 257 272 259

(požadované vyšetření – cytologie diagnostická)

Odesílatel:

IČZ:

Jméno pacienta:

Pohlaví: Muž/Žena

Rodné číslo:

Datum narození:

Pojišťovna:

Adresa pacienta:

Informovaný souhlas pacienta: Pacient souhlasí s využitím vzorku k vědeckým účelům ANO/NE.

Předmět vyšetření:

Předchozí biopsie:

Fixační tekutina:

Trvání nemoci:

Číslo diagnózy:

Klinická diagnóza:

Razítko a podpis žádajícího lékaře

Datum a čas odběru:

Poznámky laboratoře: Došlo dne:

Příjem a makropopis:

Zpracování materiálu:

Barvení: Automat