Załącznik do badania histopatologicznego

Szpital..... dnia.....

.....

Do.....

1. Nazwisko i imię.....
2. Wiek..... Płeć.....
3. Materiał bdaniowy pobrany z .....
4. Materiał badaniowy utrwalony w .....
5. Rozpoznanie kliniczne - podejrzenie.....

.....

6. Data pobrania materiału badaniowego.....
7. Numer pobrań poprzednich hist. cytolog. .....
8. Nazwisko lekarza przesyłającego badanie.....

.....

9. Wynik przesłać pod adresem.....

.....

10.Krótkie dane kliniczne.....

.....

.....

.....

pieczęć

Podpis i peczęć lekarza