

Vypíňať paličkovým písmom tmavým perom.

interný kód laboratória

Rodné číslo:		☐ muž ☐ žena	hl. diagnóza (MKCH):	1.				Kód PZS odosielateľa:												
Priezvisko:			pridružená diagnóza:	2.				Kód LEKÁRA odosielateľa:												
Meno:				3.				Kód PZS odporúčajúceho:												
Bydlisko:			žiadamka vystavená:					Kód LEKÁRA odporúčajúceho:												
ID hospitalizačného prípadu:			kód poisťovne:					Pečiatka a podpis lekára												
EÚ poisťenci: (priložiť kópiu ZP)		Typ poskytnutej zdrav. starostlivosti:		Kód krajiny EU:			dátum odberu:													
Identifikačné číslo pacienta							čas odberu:													
E-mail pacienta:			Fakturovať:	☐ zdravot. zariadenie ☐ pacient	Súhlasím s platbou za vykonané laboratórne vyšetrenie/-ia: podpis pacienta															

Predchádzajúce bioptické vyšetrenie:

Grafické znázornenie lézie:

Predmet vyšetrenia a lokalizácia:

Fixácia:

Klinický priebeh, terapia, ožarovanie, diagnóza

Dátum odoslania: