

Tryb wykonywania badania

Bardzo pilny

Pilny

Normalny

Pieczętka jednostki kierującej
(szpital, oddział, poradnia, gabinet)

Nr nadany przez kierującego

Numer Zakładu Patologii

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:
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Pesel: | | | | | | | | | |

Przedstawiciel Pacjenta:
(wypełnić w przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do wyrażania zgody)

Rozpoznanie kliniczne:

Rodzaj materiału, typ zabiegu, lokalizacja anatomiczna zmiany, miejsce pobrania materiału:
.....

Rodzaj zastosowanego utrwalacza:

Dane kliniczne: (data OM, dane z: endoskopii, poprzednich badań histopatologicznych, badań obrazowych i laboratoryjnych):
.....

Informacje o innej rozpoznanej chorobie (w szczególności onkologicznej) i zastosowanym leczeniu (w szczególności: rtg terapia, hormono-, chemioterapia):
.....

.....
Data i godz. dost. materiału do Zakładu Patologii, ident. osoby przyjmującej

.....
Data i godz. pobrania materiału

.....
Data i godz. utrwalenia materiału

.....
Lekarz kierujący
(pieczętka lub/i czytelny podpis)