

Pojišťovna

IČZ

Datum



Laboratoř Cytohisto

Brř.Mrřtřtkř 3065  
690 02 Brřeclav

Odbornost

**ŹADANKA NA HISTOLOGICKĚ-CYTOLOGICKĚ VYřETŘENĚ**

Tel.: 519 303 291

e-mail: jiri.lenz@seznam.cz

Přijmenř a  
jměno pac.

Jměno lěkaře

Číslo  
pojiřtěnce

Hlavnř dg.

Tel. kontakt  
na pacientaOstatnř  
dg.Adresa  
pacienta\*Datum  
narozenř

\*Pohlavř

razřtko a podpis

\*pacient bez čřsla pojiřtěnce nebo pacient, u něhoŹ není čřslo pojiřtěnce shodně s rodnřm čřslem

**Nález klinika:****Druh prim. vzorku/použitř fixace****Datum histol.-cytol. vyřetřenř:****Lěkař:****Nález:**

