

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ BIOPTICKÉHO MATERIÁLU

Pacient		Odebírající lékař (odesílající zařízení)	
Pan (í) :		IČP: IČZ: Odbornost:	
Adresa:		Číselná a slovní diagnóza dle MKN 10:	
Číslo pojištěnce:	Pohlaví:		
Pojišťovna :			

Druh vyšetření:

Rychlá peroperační biopsie: Fixační tekutina: Předchozí histologické vyšetření: Předchozí onkologická terapie: Datum a čas odběru:
Klinická diagnóza se stručným průběhem, případné specifické požadavky lékaře: Vzorky s přesnou lokalizací odběru:

Razítko a podpis lékaře:

Zapsal:

Nedostatečně vyplněná žádanka bude vrácena odebírajícímu lékaři!

Pro potřeby laboratoře Kódy výkonů:	Příjem materiálu Datum: Čas: Převzal:	Laboratoř Přikrojil: Zpracoval/Zapsal:	DG: MKNO:
	Poznámky laboratoře		
	Dodatečné požadavky (HC, spec. barvení, DDPP, ...)		