

Žádanka o histologická nebo cytologická vyšetření

Pacient: ident. číslo <input type="text"/> / <input type="text"/> pojišťovna <input type="text"/>		Žadatel: <input type="text"/>	
Příjmení, jméno, titul: Bydliště: Zákl. diagnóza: Ostatní diagnózy:		IČZ: <input type="text"/> Číslo střediska: <input type="text"/> Jméno lékaře: Adresa: Tel: <input type="text"/> Fax: <input type="text"/>	
Způsob a přesná topografie odběru, klín.diagnóza, průběh onemocnění		Razítko a podpis:	
Předchozí vyšetření:			
Dat. odběru: <input type="text"/> Čas odběru: <input type="text"/>			
Výkon <input type="text"/> MKN-10 Text <input type="text"/> Čís. <input type="text"/>			