

**Žádanka o histologická nebo cytologická vyšetření**

<b>Pacient:</b> ident. číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>	pojišťovna <input type="text"/>	<b>Žadatel:</b> IČZ: <input type="text"/>
Příjmení, jméno, titul: .....		Číslo střediska: <input type="text"/>
Bydliště: .....		Jméno lékaře: .....
Zákl. diagnóza: .....	Ostatní diagnózy: .....	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 Text <input type="text"/>	Čís. <input type="text"/>	MKN-10 <input type="text"/>