

Nemocnice Havlíčkův Brod Husova 2624, 580 22 H. Brod Histologická laboratoř oddělení patologie Tel: 569 472 457		<b>Průvodka k</b> <input type="checkbox"/> <b>bioptickému vyšetření</b> <input type="checkbox"/> <b>cytologickému vyšetření</b>	
Č. pojištěnce*:		Laboratorní č.:	
Pacient (jméno, příjmení)			
Diagnóza:		Pojišťovna:	Statim: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Žadatel:		IČP:	Odbornost:
Adresa žadatele:			Telefon:
Datum odběru:		Datum příjmu:	
Předmět vyšetření:			
Klinická diagnóza, případně stručný klinický průběh a specifikace místa původu vzorku:			
Stav vzorku při příjmu: <input type="checkbox"/> v pořádku <input type="checkbox"/> závada.....		Přezkoumal a převzal	

FRM\_PAT\_45-R1

\*U pacientů, kteří nemají platné rodné číslo, uveďte datum narození a pohlaví

---

Nemocnice Havlíčkův Brod Husova 2624, 580 22 H. Brod Histologická laboratoř oddělení patologie Tel: 569 472 457		<b>Průvodka k</b> <input type="checkbox"/> <b>bioptickému vyšetření</b> <input type="checkbox"/> <b>cytologickému vyšetření</b>	
Č. pojištěnce*:		Laboratorní č.:	
Pacient (jméno, příjmení)			
Diagnóza:		Pojišťovna:	Statim: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Žadatel:		IČP:	Odbornost:
Adresa žadatele:			Telefon:
Datum odběru:		Datum příjmu:	
Předmět vyšetření:			
Klinická diagnóza, případně stručný klinický průběh a specifikace místa původu vzorku:			
Stav vzorku při příjmu: <input type="checkbox"/> v pořádku <input type="checkbox"/> závada.....		Přezkoumal a převzal	

FRM\_PAT\_45-R1

\*U pacientů, kteří nemají platné rodné číslo, uveďte datum narození a pohlaví