

Pieczęć jednostki kierującej



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Zakład Patomorfologii ALFAMED s.c.
Edward Ćwierz, Paweł Ćwierz
Al. Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość
tel./fax (84) 677-30-42, mail: info@alfamed.biz
NIP 922-26-16-999 REGON: 951195444

Skierowanie do badania histopatologicznego/cytologicznego

Numer badania:

Data otrzymania materiału:

Dane pacjenta:

Nazwisko:

Imię:

PESEL: _____

Płeć: [] kobieta, [] mężczyzna

Adres:

ul.

Kod: __ - __ - ____

Miejscowość:

Województwo:

Rozpoznanie kliniczne:

Dane kliniczne, przebieg choroby, opis makroskopowy, zmiany, stosowane leczenie (hormonalne itp.) badania laboratoryjne, Rtg, USG, CT:

Poprzednie rozpoznanie:

Data ostatniej miesiączki:

Rodzaj materiału i miejsce pobrania:

Data pobrania materiału:

Pieczęć lekarza kierującego: