

KÓRSZÖVETTANI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Páciens neve: _____

Születési hely, idő: _____

Neme: _____

Anyja neve: _____

Lakcím: _____

TAJ szám/Útlevekszám: _____

Beküldő intézmény neve: _____

Beküldő orvos neve: _____

Beküldő orvos telefonos elérhetősége: _____

E-mail cím, melyre a leletet kézbesíthetjük: _____

Beküldött minta megnevezése: _____

Mintavétel helye, beküldött anyag: _____

Klinikai diagnózis: _____

Mintavétel ideje: _____

Egyéb fontos információ: _____

Fertőző betegség szempontjából magas rizikójú anyag:

Dátum:

Bélyegző helye

Orvos aláírása