

Jméno a příjmení:	
Číslo pojištění:	
Datum narození:	
Pojišťovna:	
Pohlaví	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
Bydliště:	

LABORATORNÍ ZÁZNAMY					
Číslo:					
bloky	skla	Prokr.	AM	GIE	PAS
Jiné:					
přijal:			datum:		

Základní diagnóza:		
Předmět vyšetření/ lokalizace:		
Trvání nemoci:		
Předchozí léčba/ozařování:		
Předchozí histologické vyšetření:		
Fixační tekutina:	<input type="checkbox"/> 10 % Formaldehyd	<input type="checkbox"/> jiná:
Klinická diagnóza:		
Datum odběru:		Žadatel (identifikace, razítko, podpis):
Poznámky:		