

Jméno a příjmení	
Číslo pojištěnce	
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		