|  |  |
| --- | --- |
| **Odesílatel:** | Razítko, podpis: |
| **Pacient** |  |
| Číslo pojištěnce: |  Datum narození: |
| Jméno, přímení, titul: | Pohlaví:  |
| Adresa: |  |
| Předmět vyšetření a lokalizace: | Diagnóza základní: |
| Trvání nemoci:  | Fixační tekutina:  |
| Předchozí vyšetření: | Předchozí ozařování:  |
| Klinická dg (klinický průběh): Dg: |  |
| Datum odběru: | Čas odběru:  |

**PRŮVODNÍ LIST O HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**