|  |  |
| --- | --- |
| **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**