

## ZAŁĄCZNIK DO BADANIA PATOMORFOLOGICZNEGO - KONSULTACYJNE

Jednostka zlecająca konsultację:

DO:



INFO-PAT Sp. z o.o. Sp. k.

(godz. otwarcia Pon.- Pt. 08:00 - 17:00 sob. 10:00 - 14:00)

+48 61 6619234

+48 61 2213247

+48 61 6619812 (fax)

+48 501856470

info-pat@info-pat.poznan.pl

www.info-pat.poznan.pl

ul. Babimojska 4 60-161 Poznań

CITO	ZWYKŁY	Rodzaj badania:	
		<input type="checkbox"/> HIST, <input type="checkbox"/> CYTO	<input type="checkbox"/> Inne (jaki?).....

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Płeć

M

K

PESEL / Data Urodz.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek:

Rodzaj materiału:

.....

Okolica / narząd:

.....

Rodzaj zabiegu:

.....

Rozpoznanie kliniczne:

.....

.....

.....

Data pobrania materiału:

.....

Godzina pobrania materiału:

.....

Data i godzina UTRWALENIA  
MATERIAŁU:

.....

UTRWALACZ:.....

Uwagi / Inne dane kliniczne:

.....

Oddział:

.....

Lekarz:

.....