|  |  |
| --- | --- |
| **MUDr. Jana Přádná** | **Číslo materiálu:** |
| **Histopatologická laboratoř s.r.o.** |  |  |   |
| Matice školské 17 | Tel: 387 730 243 |  |  |   |
| 371 02 České Budějovice |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PRŮVODNÍ LIST K ZÁSILCE HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Jméno nemocného: …………………………………………………………….** |
| **Rodné číslo: ……………………………… Kód Z.P.: ……………………….** |
| **Pohlaví: ………………………………………………………………………….** |
| **Adresa nemocného: ……………………………………………………………** |
| **Předmět vyšetření a lokalizace: ………………………………………………** |
| **……………………………………………………………………………………** |
| **Trvání nemoci: …………………………………………………………………** |
| **Předchozí ozařování: …………………………………………………………..** |
| **Předchozí histologická vyšetření: …………………………………………….** |
| **Fixační tekutina (druh): Formol 10% Jiné: ………………………………..** |
| **Klinická diagnóza (popř. stručný klinický průběh): …………………………** |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Odesílatel, podpis lékaře (razítko):** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |   | **Datum odběru …………………………** |
|   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Materiál přijal:** | **Datum a čas přijetí:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

****