

CITOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP (extragenitális citológiák)						020065499 Pathodiagnostica Kft. 7623 Pécs, Athinay út 15.. Tel.: 06-72/511-970; Fax: 06-72/511-971 E-mail: info@pathodg.hu															
Megrendelő Intézet: _____														[][][][][][][][][][]							
Osztály neve: _____																					
Kérjük kitölteni, ha a szövettani vizsgálatot kérő munkahely kódja szakrendelés, de a beteget fekvőbeteg osztályról küldték vizsgálatra:																					
Fekvőbeteg Intézet _____														[][][][][][][][][][]							
Osztály neve: _____																					
Beteg neve: _____														Állampolgársága: _____							
Születési neve: _____														Anyja neve: _____							
Született: _____														Taj Szám: [][][][][][][][][][]							
Lakcím: [][][][] _____																					
Ha a vizsgálatot kérő szakrendelés, de a beteget fekvőbeteg osztályról küldték vizsgálatra, akkor fekvőbeteg														Térítési kat.: []							
Intézeti Státusz: Fekvőbeteg [] Járóbeteg: []																					
Vizsgálatkérés dátuma: _____														Törzsszám/Naplószám: [][][][][][][][][][]							
Klinikai dg.: _____																					
BNO kódok [][][][][] [][][][][] [][][][][]																					
Mintavétel Típusa: Aspirációs tűbiopszia: [] Punctatum: [] [] _____																					
Vizsgálati anyag: _____																					
Klinikai adatok (közte az előzetes citológia és szövettan, stb. különböző vizsgálatok helyét lehet mellékelni): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																					
Érkezett: _____										Vizsgálatkérő orvos aláírása , és pecsétje, és száma: _____ PH: _____											
Átvette: _____																					