

KÓRSZÖVETTANI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP		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 Intézeti Státusz: Fekvőbeteg ☐ Járóbeteg: ☐		Térítési kat.: ☐	
Vizsgálatkérés dátuma: _____		Törzsszám/Naplószám: _____	
Klinikai dg.: _____			
BNO kódok _____ _____ _____			
Vizsgálati anyag: _____			
Klinikai adatok (közte az előzetes citológia és szövetten, stb. különböző vizsgálatok helyét lehet mellékelni): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Érkezett: _____		Vizsgálatkérő orvos aláírása , és pecsétje, és száma: _____ PH: _____	
Átvette: _____			