

Pojišťovna: Datum a čas odběru: IČP: Odbornost:	Pacient: Č.pojištěnce: Pohlaví: Adresa:
Předmět vyšetření a lokalizace, klinická rozvaha, případná specifikace vyšetření:	Druh vyšetření: <input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> Statim
	Razítko (včetně IČZ, adresy) a podpis lékaře:

Dále nevyplňovat – vyplňuje Laboratoř patologie!!

Přijal/Datum a čas:	Makropopis:
Přikrojil:	
Asistoval:	
Zalévání:	
Krájení:	
Barvení:	
Montování:	
Prokrojení:	
Datum:	
Revize/doblokování:	
Datum:	
Barvení speciální:	
Datum:	
PŘÍLOHA list. č.:	