

Žádanka o histologická nebo cytologická vyšetření

Pacient: ident. číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>	Pojišťovna: <input type="text"/>	Žadatel: IČZ: <input type="text"/>
Příjmení, jméno, titul:	Bydliště:	Číslo střediska: <input type="text"/>
Zákl. diagnóza: Pohlaví: Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/>	Ostatní diagnózy: Muž <input type="checkbox"/>	Jméno lékaře:
Způsob a přesná topografie odběru, klin. diagnóza, průběh onemocnění		Adresa:
		Tel: <input type="text"/>
		Fax: <input type="text"/>
		Razítko a podpis:
Předchozí vyšetření:		
Dat. odběru: <input type="text"/>	Čas odběru: <input type="text"/>	
Výkon Text <input type="text"/>	Čís. <input type="text"/>	MKN-10 <input type="text"/>