

SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE

* proszę wybrać typ badania

Pieczęć kierującego na badanie 	Pieczętka lekarze i ew. telefon kontaktowy
---	---

DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię Płeć ☐ M ☐ K

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DOSTARCZONEGO MATERIAŁU

Nr. preparatów/bloczków:

Jednostka macierzysta (nazwa, adres):

Liczba bloczków: Liczba preparatów:

Rozpoznanie kliniczne:

Cel badania konsultacyjnego (co badanie ma wyjaśnić?):