

ŽÁDANKA O PNEUMOCYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta	Indikující lékař
Rodné číslo/pohlaví	IČP
Pojišťovna	Odbornost
Diagnóza a číselný kód dle MKN	Oddělení

Místo odběru:

Datum odběru:

Indikovaná vyšetření:

☐

Datum:

podpis, razítko

Příjem materiálu:

bronchologický sálek, pavilon G1–1. patro (po-pá 7-14.30 hodin)