


Pojišťovna	IČZ	Datum
	Odbornost	

PATOLOGICKO-ANATOMICKÉ ODDĚLENÍ  
NEMOCNICE ZNOJMO, p. o.  
MUDr. Jana Janského 11  
669 02 Znojmo  
515 215 430



Pojišťovna	IČZ	Datum
	Odbornost	

PATOLOGICKO-ANATOMICKÉ ODDĚLENÍ  
NEMOCNICE ZNOJMO, p. o.  
MUDr. Jana Janského 11  
669 02 Znojmo  
515 215 430



**ŽÁDANKA NA HISTOLOGICKÉ-CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**  
Nehodící se škrtněte

Příjmení a jméno pac.	Jméno lékaře		
Číslo pojištění	Hlavní dg.		
Adresa pacienta			
*Datum narození	Pohlaví		
Datum a čas odběru			
Fixační tekutina	<input type="checkbox"/> 4% formalín	<input type="checkbox"/> Jiná:	razítko a podpis

\*pacient bez čísla pojištění nebo pacient, u něhož není číslo pojištění shodné s rodným číslem

**Předmět vyšetření a lokalizace:**

**Trvání nemoci:**

**Předchozí histologická vyšetření:**

**Klinická diagnóza (popř. stručný průběh):**

**Doplňující informace (ozařování, PM, HT, jiné závažné dg, apod.):**

**Poznámky:**

**ŽÁDANKA NA HISTOLOGICKÉ-CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**  
Nehodící se škrtněte

Příjmení a jméno pac.	Jméno lékaře		
Číslo pojištění	Hlavní dg.		
Adresa pacienta			
*Datum narození	Pohlaví		
Datum a čas odběru			
Fixační tekutina	<input type="checkbox"/> 4% formalín	<input type="checkbox"/> Jiná:	razítko a podpis

\*pacient bez čísla pojištění nebo pacient, u něhož není číslo pojištění shodné s rodným číslem

**Předmět vyšetření a lokalizace:**

**Trvání nemoci:**

**Předchozí histologická vyšetření:**

**Klinická diagnóza (popř. stručný průběh):**

**Doplňující informace (ozařování, PM, HT, jiné závažné dg, apod.):**

**Poznámky:**