**PACIENT** (unifikovaný štítek) *\* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození) |  | Kód zdravotnípojišťovny (plátce): |  | **STATIM \*** |  |
| Jméno a příjmení: |  | [ ]  M [ ]  Ž |  | **VITÁLNÍ INDIKACE \*** |  |
| Adresa: |  | Diagnóza III. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

Diagnóza

Diagnóza II.

**ŽADATEL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost) |  | Razítko, IČL a podpis lékaře: |  |  |  |  |
|  | Datum a čas odběru \*\* | Datum a čas příjmu |
|  |  | *\*\* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)* |
|  |
| Telefon žadatele: |

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ** – volbu označte [x]

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  tkáň ve fixačním roztoku formalínu[ ]  trepanobiopsie v Löwyho roztoku | [ ]  tělní tekutiny nefixované k cytologickému vyšetření[ ]  tkáň nativní [ ]  jiný materiál:  |

**DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ**

(způsob a přesná topografie odběru materiálu, délka trvání a průběh onemocnění, léčba, předchozí bioptická vyšetření apod.)

|  |
| --- |
|   |

**NÁLEZ** (identifikační č. vzorku, nález, závěr, datum odeslání a podpis lékaře)

|  |
| --- |
|  |

Spektrum prováděných vyšetření a pokyny k odběru BM jsou uvedeny na adrese [**www.fnol.cz**](http://www.fnol.cz) **– sekce „Pro odborníky“ – menu: Laboratorní vyšetření.**