



**MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI:**

(wypełnia lekarz zlecający)

PRZEDMIOT KONSULTACJI	ORYGINALNY NUMER BADANIA	ILOŚĆ
PREPARATY HISTOPATOLOGICZNE		
PREPARATY CYTOLOGICZNE		
BLOCZKI PARAFINOWE		
ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE W ZAŁĄCZENIU	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
TYP ZABIEGU:	METODA UTRWALENIA:	
DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] : [ ][ ] dzień                      miesiąc                      rok                      godziny                      minuty		OZNACZENIE LEKARZA ZLECAJĄCEGO:
DATA I GODZINA UTRWALENIA MATERIAŁU: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] : [ ][ ] dzień                      miesiąc                      rok                      godziny                      minuty		
DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] dzień                      miesiąc                      rok		
<b>WYPEŁNIA LABORATORIUM:</b>		
DATA I GODZINA OTRZYMANIA MATERIAŁU DO BADAŃ: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] : [ ][ ] dzień                      miesiąc                      rok                      godziny                      minuty		PRZYJĄŁ: