



NZOZ ZDUNOMED Sp. z o.o.
70-656 Szczecin; ul. Energetyków 2
tel. +48 503 094 316
e-mail: pracownia@zdunomed.pl
www.alabplus.pl

NAZWISKO

IMIE

PESEL/DATA URODZENIA

PŁEĆ M ☐ K ☐

Adres zamieszkania

ID Pacienta

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Material:

.....

.....

.....

Rozpoznanie kliniczne:

.....

.....

Rodzaj zabiegu:

.....

Inne istotne dane kliniczne

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU

DANE KONTRAHENTA

(miejsce na pieczęć)

TU NAKLEJ KOD KONTRAHENTA

PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ/PIECZEĆ LEKARZA

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ

DANE I PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO ODBIORU
WYNIKU/ MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU